FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N° 600

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Serge DELFAU

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Novembre 1933, à Villemonble (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1967

LES GASTRO-COLECTOMIES POUR CANCER

*

A PROPOS DE 35 OBSERVATIONS

Président : M. REDON, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Serge DELFAU

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Novembre 1933, à Villemonble (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 7 juin 1967

LES GASTRO-COLECTOMIES POUR CANCER

*

A PROPOS DE 35 OBSERVATIONS

Président : M. REDON, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1967

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

Doyen : Georges BROUET

1er assesseur : Daniel BARGETON — 2e assesseur : Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	Delmas (A.)
—	Huard (P.)
Anatomie et cytologie path.	Delarue (J.)
Anesthésiologie	Vourc'h (G.)
Bactériologie et virologie	Tournier (P.)
Biochimie médicale	Jayle (M.-F.)
—	Polonovski (J.)
—	Desgrez (P.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux Sports	Malmejac (J.)
Biologie médicale	Fauvert (R.)
Biophysique médicale	Bugnard (L.)
—	Dognon (A.)
—	Djourno (A.)
Cancérologie expérimentale	Mathé (G.)
Chimie pathologique	Schapira (G.)
Génétique fondamentale	Lejeune (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Coury (Ch.)
Histologie et Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)
— —	Coujard (R.)
Hygiène et méd. préven.	Boyer (J.)
Médecine du Travail	Desoille (H.)
Médecine légale, Droit méd. et déontologie	Derobert (L.)
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	Fasquelle (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	Laurence (G.)
—	Kuss (R.)
—	Verne (J.-M.)
Pathologie exotique	Brumpt (L.-C.)
Pathologie expér. et comp.	Merklen (F.-P.)
Pathologie médicale	Laroche (Cl.)
—	Bricaire (H.)
—	Péquignot (H.)
Pathologie respiratoire	Turiaf (J.)
Pathologie et thér. génér.	Maurice (P.)
Pharmacologie	Boissier (J.-R.)
—	Lechat (P.)
Physiologie	Bargeton (D.)
—	Parrot (J.)
Physiologie et path. obst.	Lepage (F.)
Radiologie médicale	Desgrez (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	Lamotte (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs a titre personnel :

Anatomie	Cabrol (Ch.)
Anatomie anthropologique	Olivier (G.)
Anatomie pathologique	Nezelof (Ch.)
Bactériologie	Barbier (P.)
Biochimie médicale	Dreyfus (J.-Cl.)
Biologie médicale	Bourlière (F.)
Parasitologie	Larivière (M.)
Pathologie expérimentale	Loeper (J.)
Physiologie	Dejours (P.)
	Scherrer (J.)
Physique médicale	Kellershohn (L.)
	Gougerot (L.)
	Roucayrol (J.-Cl.)
	Tubiana (M.)
Radiologie médicale	Fischgold (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Cliniques :	
— carcinologique	Denoix (P.)
— carcinologique chirurg. (Necker)	Redon (H.)
— cardiol. (Broussais) ..	Soulié (P.)
— cardiol. (Boucicaut) ..	Lenègre (J.)
— chirurgicales : *Beaujon :* Lortat-Jacob (J.-L.) ; Baumann (J.) - *Cochin :* Leger (L.) - *Hôtel-Dieu :* Patel (J.) - *Saint-Antoine :* Gosset - *Salpêtrière :* Sicard (A.) - *Tenon :* Olivier (Cl.).	
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) ..	Merle d'Aubigné (R.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Foch)	Padovani (P.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Beaujon) ..	Cauchoix (J.)
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	Fèvre (M.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	Dubost (Ch.)
— chir. thorac. (Laennec).	Mathey (J.)
— dermatol. (Saint-Louis).	Duperrat (F.)
— endocrinolog. (Pitié) ..	Decourt (J.)
— Génét. médic. (Enfants-Malades)	Lamy (M.)
— chir. et gynéc. (Broca)	Huguier (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) .	Degos (R.)
— maladies des enfants (Enfants-Malades)	Turpin (R.)
— malad. infect. (Claude-Bernard)	Mollaret (P.)
— malad. mentales et de l'encéph. (Sainte-Anne)	Delay (J.)
— maladies du sang (Broussais)	Bernard (J.)
— malad. du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
— médicales : *Bicêtre :* Deparis (M.) - *Broussais :* Milliez (P.) - *Cochin :* N... - *Hôtel-Dieu :* Bariéty (M.) - *Pitié :* Dreyfus (G.) - *Saint-Antoine :* Conte (M.) ; Kourilsky (R.) ; Boudin (G.).	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ...	Debray (Ch.)
— médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	Marie (J.)
— médicale propédeutique (Broussais)	Justin-Besançon (L.)
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies métabol. (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
— néphrologique (Necker)	Hamburger (J.)
— neuro-chirurgie (Pitié) .	David (M.)
— neurolog. (Salpêtrière) .	Garcin (R.)
— obstétricales : *Baudelocque :* Lacomme (M.) - *Saint-Antoine :* Merger (R.).	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	Varangot (J.)
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	Offret (G.)
— ophtalmolog. (Cochin).	Bregeat (P.)
— oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	Aubry (M.)
— pédiatrie (Trousseau) .	Mozziconacci (P.)
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	Thieffry (S.)
— pneumo-phtisiologie (Laennec)	Brouet (G.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	Coste (F.)
— rhumatol. (Lariboisière)	Sèze (S. de)
— stomatol. (Salpêtrière) .	Dechaume (M.)
— thérap. chirur. (Vaugirard)	Roux (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	Lemaire (A.)
— toxicologique (Widal) .	Gaultier (M.)
— traumat. et orthopédique (R. Poincaré)	Judet (R.)
— urologique (Cochin) ..	Aboulker (P.)
— urologique (Necker) ..	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la 1re enfance (Trousseau)	Laplane (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	Domart (A.)
— (Lariboisière)	Bouvrain (Y.)
— (Pitié)	Rambert (P.)
— (Rothschild)	Wolfromm (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) .	Poilleux (F.)

b) Professeurs a titre personnel :

Hématologie	André (R.) Bousser (J.)
Hydrologie et climatologie	Giberton (A.)
Maladies infectieuses ...	Bastin (R.)
Médecine : Azerad (E.) ; Bour (H.) ; Caroli (J.) ; Dreyfus (B.) ; Grossiord (A.) ; Lambling (A.) ; Launay (Cl.) ; Payet (M.) ; Perrault (M.) ; Siguier (F.) ; Worms (R.).	
Néphrologie	Richet (G.)
Neuro-chirurgie	Le Beau (J.)
Neurologie	Lhermitte (F.)
Neuro-psychiatrie	Pichot (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie .	Maduro (R.)
Pédiatrie	Polonovski (Cl.) Royer (P.)
Pneumo-Phtisiologie	Kreis (B.) Meyer (A.)
Rhumatologie	Delbarre (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	Gouygou (Ch.)
Bactériologie	Christol (D.)
Biochimie médicale	Cartier (P.)
	Gonnard (P.)
	Nordmann (J.)
Biologie médicale	Hartmann (L.)
Chirurgie	Cerbonnet (G.)
Hématologie	Bilski-Pasquier (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	Dupont (V.)
Neuro-psychiatrie	Tardieu (G.)
Pédiatrie	Rossier (A.)
Physique médicale	Coursaget (J.)
	Gremy (F.)
Physiologie	Girard (Fr.)
Stomatologie	Chaput (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie : M. Hauduroy (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. Rudler (J.), *pr. s. ch.*

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... Moricard (R.)

Statistique médicale et épidémiologique ..... Schwartz (D.)

Secrétaire général de la Faculté : M. Lena (J.).
Conseiller administratif : Mlle Chaintreuil (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur Hahn (A.).

Conservateurs : Mlles Dumaitre (P.), Laurent (H.), Le Noir (G.).
Bibliothécaires : Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlles Durosoy (M.-F.), Roberge (D.), Docteur Schiller (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Dont les sacrifices m'ont permis de faire ces études que j'avais tant souhaitées.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

Qui m'ont apporté le bonheur que je crois nécessaire à la sérénité d'un médecin.

A MES AMIS

LES DOCTEURS RENÉ LONGUE ET JEAN CAROFF

A Monsieur le Professeur REDON

Professeur de la Chaire de Clinique de Carcinologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter de présider cette thèse.

Qu'il veuille bien agréêer tous mes remerciements et mon dévouement.

A Monsieur le Docteur MOUCHET

Qui m'a enseigné la rigueur du geste chirurgical.

Je le remercie de bien avoir voulu me confier les dossiers de ses malades et de m'avoir apporté tous ses encouragements.

A SES ASSISTANTS

les Docteurs MARQUAND et GUIVARC'H

Qui m'ont donné largement l'aide bienveillante de leur expérience.

A MES MAITRES D'INTERNAT

A qui je dois toutes mes connaissances chirurgicales.

Monsieur le Docteur ROUVILLOIS

Monsieur le Docteur Sylvain BLONDIN

Monsieur le Professeur PADOVANI

Monsieur le Professeur OLIVIER

Monsieur le Professeur Agrégé FLABEAU

A Monsieur le Docteur NEDEY

Qui m'a appris les bases de la réanimation (Internat de la Région de Paris).

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Madame le Docteur AUBRY

Monsieur le Professeur LAURENCE

Monsieur le Docteur AZERAD

Monsieur le Professeur GAULTIER

Monsieur le Professeur BOUVRAIN

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

PLAN

•

INTRODUCTION

HISTORIQUE

ANALYSE DES OBSERVATIONS

— Les cancers de l'estomac propagés vers le côlon
  — Fréquence
  — Anatomie pathologique
    — *Siège du cancer sur l'estomac*
    — *Type histologique*
    — *Envahisements lymphatiques*
    — *Envahissement extra-gastrique*
  — Données cliniques
    — *Age des malades*
    — *Ancienneté des troubles*
    — *Symptomatologie*
  — Avenir des malades
    — *Suites opératoires*
    — *L'avenir post-opératoire*
      - *Décès opératoires*
      - *Décès secondaires*
      - *Avenir à distance*

— Les cancers du côlon propagés vers l'estomac
  — Fréquence
  — Anatomie pathologique
  — Données cliniques
  — Avenir des malades

LES PROBLÈMES TECHNIQUES

  — Le problème de l'opérabilité
    — *Générale - Préparation des malades*
    — *Locale*

— Tactique opératoire
— *La voie d'abord*
- *Les différentes possibilités*
- *Le choix*
— *Conduite de l'intervention dans les cancers primitivement gastriques*
- *Les exérèses coliques pour ischémie*
- *Gastrectomies totales avec exerèse colique en bloc*
- *Gastrectomies subtotales avec exérèse colique en bloc*
— *Conduite de l'intervention dans les cancers primitivement coliques*
— *Le rétablissement de la continuité colique*

OBSERVATIONS

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

En 1938, Leibovici et Yovanovitch, écrivant l'article « princeps » consacrant le terme de gastro-colectomie, citaient à l'appui de leur thèse cette phrase de Goullioud : « Les résections complexes ne doivent pas être considérées comme des opérations excentriques, brillantes peut-être, mais frappées de stérilité, et suivies d'une prompte récidive » [7, 2].

Ils entendaient ainsi lutter contre une certaine tendance à l'abandon, représentée pourtant par des grands noms de l'époque : Tuffier, Roux, Berger, Hartmann, J. Quénu. Ils en appelaient à d'autres chirurgiens restés célèbres : Finsterer, Cunéo, Pauchet, Charrier, qui apportaient depuis des années des statistiques comportant une mortalité certes élevée, mais non toujours excessive, et un bon nombre de résultats éloignés encourageants.

Leur conclusion allait nettement dans le sens de ces exérèses complexes, toutes les fois où elles étaient techniquement possibles, et, *a priori,* compatibles avec la survie du malade à l'intervention.

En 1966, à l'Académie de Chirurgie, Lortat-Jacob intervenait à l'occasion d'une communication de MM. Fagarasanu et Grigorescu [59], sur les opérations complexes pour cancer du côlon et déclarait : « Le but des auteurs était de montrer que l'englobement d'un organe voisin par un cancer colique n'implique pas obligatoirement un pronostic lointain plus fâcheux, dès lors que l'on peut l'extirper en passant au large de l'envahissement néoplasique. C'est une conclusion que l'on peut, à mon sens, adopter sans réserves. »

« A mon sens. » L'expression de Lortat-Jacob montre bien l'existence, comme il y a trente ans, de réticences, d'hésitations, d'incertitudes, voire de répugnances, que certains chirurgiens ont hérité de leurs aînés. Ces interventions ont conservé, et nous verrons que cela s'explique facilement, leur très mauvaise réputation.

Le problème reste donc posé. Nous avons voulu apporter une contribution à un essai de solution en passant en revue 30 observations d'exérèse combinée gastro-colique, pratiquée de 1951 à 1964

dans le Service du Docteur MOUCHET par lui-même ou ses assistants, les Docteurs MARQUAND, GARCIN et GUIVARC'H (C.M.C. Foch, Suresnes). Nous ajouterons à ces malades hospitaliers, 5 malades de clientèle privée du Docteur MOUCHET.

A l'étude détaillée de ces observations, dont on trouvera un résumé à la fin de cet exposé, nous avons essayé d'adjoindre des statistiques de la littérature susceptibles d'étayer nos arguments. Il y en a fort peu, on le verra, et ceci sans doute pour deux raisons :

— Le nombre de cas d'exérèses combinées ne représente qu'un pourcentage minime des interventions pour cancer, car il s'agit bien souvent de lésions à la limite des possibilités d'exérèse.

— D'autre part, les publications comportant à la fois des détails sur l'intervention et sur la durée de survie sont rares.

Aucune statistique n'a été publiée à propos des gastro-colectomies. Certaines l'ont été à propos des fistules gastro-duodéno-coliques ou gastro-jéjuno-coliques, d'autres à l'occasion de publication de cas de chirurgie extensive du cancer, ou enfin à l'occasion de revues de cas de cancer de l'estomac ou de cancers du côlon. Malheureusement, il est rare, dans ces statistiques, d'avoir l'ensemble des renseignements sur les malades concernés par les interventions élargies, noyés dans la masse de statistiques, en particulier au point de vue avenir lointain.

Il est donc à peu impossible actuellement de réunir des statistiques importantes qui permettraient de donner des conclusions plus significatives.

Nous essaierons cependant :

— de montrer tout d'abord quels sont les malades justiciables de ces interventions, et ce que peut être leur avenir ;

— puis de déceler ce que recouvre en réalité ce terme consacré de « gastro-colectomiese en bloc », pour élucider les multiples problèmes techniques qu'elles posent.

HISTORIQUE

La première observation de fistule gastro-colique date de HALLER, en 1775, mais c'est HAUDECK qui a décrit la première fistule par cancer gastrique. Il semble, en tous cas, que la première exérèse élargie gastro-colique pour cancer date de 1885, faite par HEINECKE : il s'agissait d'un cancer de l'estomac propagé au côlon. Elle se traduisit par un échec, avec décès rapide, de même qu'une deuxième tentative faite par BRAUN, en 1888. C'est, d'après LEIBOVICI, SCHEDE qui obtient, en 1890, la première guérison opératoire. Il n'y en a que 10 cas publiés jusqu'en 1900.

LERICHE, en 1906, consacre sa thèse aux fistules gastro-coliques, en rapportant 32 cas, avec 2 survies à distance. GOULLIOUD, en 1912, publie la première gastro-colectomie pour cancer colique étendu à l'estomac. Les observations vont se multiplier, donnant lieu à des discussions passionnées que nous avons déjà évoquées.

En fait, il faut attendre 1938 pour que le terme de « gastro-colectomies en bloc » entre officiellement dans la littérature médicale. Le long article de LEIBOVICI et YOVANOVITCH expose les bases théoriques de l'intervention, puis la tactique opératoire, analysée de façon minutieuse. Ils apportent enfin 6 observations, dont 5 pour cancers.

Depuis cette date, aucun autre travail n'y a été consacré de façon exclusive.

Par contre, les fistules gastro-coliques ont été l'objet de nombreuses publications depuis 1939, date du travail important de PFEIFFER et KENT, élaborant leur théorie et prônant la colostomie préalable. En 1945, deux articles importants paraissent presque simultanément, de RANSOM et de MARSHALL, faisant le point sur la question. En 1952, BUCAILLE fait une longue publication sur les fistules duodéno-coliques, donnant lieu à une discussion et la présentation de quelques cas à la Société des Maladies de l'Appareil Digestif. En 1953, HEPP propose un schéma de traitement comportant, pour la première fois semble-t-il, une exclusion totale de la fistule. A la même date, en Amérique, SCHWEITZER et OSBORNE prônent la théorie de PFEIFFER-KENT et leurs

conclusions. Cette attitude sera reprise, plus récemment, par Clay et Ravitch, et Marshall et Knud Hansen en 1957, puis Amlicke et Ponka en 1964, enfin par Brinn en 1966. On peut noter qu'assez curieusement, ces auteurs parlent de « Gastro-colectomy en bloc » (en français dans le texte), sans jamais citer le moindre auteur français.

Le problème des interventions élargies pour cancer est abordé assez régulièrement. Il reste actuellement dominé par l'article important de Prohaska, Nelsen et Evans (1956), présentant 50 cas de chirurgie abdominale large avec leurs résultats [35].

Nous ne nous étendrons pas, par ailleurs, sur les multiples travaux publiés à propos des cancers de l'estomac ou du côlon. On retrouvera dans la bibliographie les principaux d'entre eux.

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Les 35 observations que nous présentons comportent 29 cancers de l'estomac et 6 cancers du côlon. Pour de multiples raisons, il nous paraît indispensable de séparer ces deux groupes et de les présenter séparément. Nous verrons qu'ils s'opposent à beaucoup de points de vue.

* *

LES CANCERS DE L'ESTOMAC PROPAGES VERS LE COLON

1) Fréquence

L'évaluation de la fréquence de cette propagation est très difficile. Elle a d'ailleurs été très variable : il y a quarante ans, on estimait que l'envahissement du côlon par un cancer gastrique se retrouvait dans 10 à 15 % des cas : Roux, 10 % ; von Haberer, 10 % ; Finsterer, 15 %. Les chiffres assez élevés correspondaient à la totalité des cas, à une époque où le diagnostic de cancer était difficile et plus souvent tardif qu'actuellement. Les chiffres plus récents vont réduire cette fréquence. En 1951, Barraya [22], sur 39 cas d'exérèse gastrique combinée à d'autres organes, note 5 cas d'extension colique (il y avait encore 12 %). Mais, en 1958, Le Roy [39], sur 200 interventions pour cancer de l'estomac, note 28 exérèses élargies, dont 2 seulement au côlon (soit 7 % des exérèses élargies et seulement 1 % du total).

En 1960 [43], Barrier, sur 99 gastrectomies, rapporte 2 envahissements coliques, soit 2 %.

En 1962, Lortat-Jacob [50], dans une importante statistique, note, sur 86 gastrectomies totales élargies, 6 résections mésocoliques

et 5 colectomies partielles (soit 5,8 % de ces G.T.E., sur 218 exérèses gastriques partielles ou totales, pour cancer : 2,3 % du total).

Dans le Service du Docteur MOUCHET, il nous a été possible de relever les chiffres suivants :

— Il a été pratiqué 216 gastrectomies totales, dont 140 entre 1951 et 1958, et 76 de 1959 à 1966.

— Dans 2 cas, on a dû pratiquer une colectomie pour lésions ischémiques après ablation du méso-côlon envahi.

— Dans 10 cas, une gastro-colectomie en bloc décidée d'emblée, l'envahissement nécessitant manifestement un sacrifice de méso et de vaisseaux, ou portant directement sur le côlon.

Soit 12 colectomies, c'est-à-dire 5,5 % des gastrectomies totales.

— Il a été pratiqué 175 gastrectomies subtotales, dont 68 de 1951 à 1958, et 107 de 1959 à 1966.

— 4 malades ont eu une colectomie pour ischémie après exérèse du méso-côlon envahi.

— 8 malades ont eu une gastro-colectomie en bloc.

Soit au total 12 colectomies, c'est-à-dire dans 6,8 % des gastrectomies subtotales.

— Donc l'ablation d'un segment colique a été associée à 6,1 % de l'ensemble des cas de gastrectomies totales ou subtotales.

TABLEAU 1
CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS

1 — Gastrectomies totales avec envahissement du mésocôlon. Résection en fin d'intervention du côlon ischémique	4	Obs. n°s 1, 2, 31, 32
2 — G.T. avec envahissement méso-colique. Résection en bloc	3	Obs. n°s 3 à 5
3 — G.T. avec envahissement colique. Résection en bloc	7	Obs. n°s 6 à 12
4 — Gastrectomies subtotales avec envahissement méso-colique. Résection du côlon ischémique .	4	Obs. n°s 13 à 16
5 — Gastrectomie subtotale avec envahissement méso-colique. Résection en un bloc	6	Obs. n°s 17 à 19 et 33 à 35
6 — Gastrectomie subtotale avec envahissement colique. Résection en un bloc	5	Obs. n°s 20 à 24
7 — Colectomie avec gastrectomie en bloc	6	Obs. n°s 25 à 30

Nous laissons à part les 5 cas personnels du Docteur MOUCHET, qui n'entrent pas dans le cadre de cette statistique de fréquence : 3 gastrectomies subtotales, une totalisation et une gastrectomie totale élargie. Nous aurons donc 29 cas de cancers primitivement gastriques.

Il faut noter que la fréquence de ces interventions semble diminuer, car nous n'en avons noté aucune de 1964 à 1966. Il vient cependant d'en être fait 5, que nous n'avons pas retenues, car elles sont trop récentes, bien qu'il y ait 3 guérisons opératoires (de plus de six mois).

Ceci est également noté par Amlicke [54] qui ne relève aucun cas de fistule gastro-colique entre 1958 et 1964.

2) Anatomie pathologique

a) Siège du cancer sur l'estomac :

Ce siège est variable, mais avec une très nette prédominance sur le corps et l'antre. Nous avons retrouvé les sièges suivants :

— Cancer total de l'estomac, du pylore au cardia, ne respectant que la grosse tubérosité : 3 cas.
— Cancer du corps de l'estomac : 8 cas.
— Cancer de l'antre, s'étendant plus ou moins vers le haut, pouvant atteindre la petite courbure verticale : 9 cas.
— Cancer de la petite courbure : 2 cas.
— Cancer de la grande courbure : 4 cas.
— Cancer de la grosse tubérosité : 1 cas. Il s'étendait loin vers le bas, en particulier sur la grande courbure.
— Cancer sur moignon gastrique, après gastrectomie ancienne pour ulcère : 2 cas.

b) Le type histologique :

Dans 26 cas, il s'agissait de carcinome glandulaire typique ou atypique.

— Il y a eu 1 cas d'épithélioma malpighien spino-cellulaire. (Il s'agissait d'un cancer total de l'estomac, dont le point de départ est imprécisable, mais sans doute haut situé.)
— Il y a eu 1 cas de tumeur maligne probablement sarcomateuse, sans que l'histologiste puisse affirmer le type exact de ce sarcome, et 1 lymphosarcome.

c) Les envahissements lymphatiques :

Dans un certain nombre de cas, des adénopathies ont été notées et enlevées pour examen histologique.

— Des ganglions coronaires stomachiques ont été notés 21 fois à l'intervention : ils étaient envahis histologiquement 12 fois et douteux 1 fois.

— Des ganglions sous-pyloriques ont été notés 15 fois, histologiquement envahis 9 fois, douteux 1 fois.
— Des ganglions de la chaîne hépatique, soit dans le pédicule, soit dans la faux, ont été notés 4 fois. Ils n'étaient envahis que 2 fois.
— Des ganglions spléniques ont été notés 5 fois, avec 1 seul envahissement histologique.
— Des ganglions rétro-pancréatiques ont été notés 2 fois, avec 1 seul envahissement microscopique.
— Enfin, il a été noté 4 fois des ganglions mésocoliques, le long des deux artères des angles, avec 2 fois un envahissement métastatique microscopique.

Ceci ne fait que confirmer l'opinion habituelle sur les difficultés d'interprétation macroscopique de lésions ganglionnaires.

d) L'envahissement extra-gastrique :

Ainsi que l'avait décrit Leibovici, les adhérences péri-tumorales peuvent être inflammatoires ou néoplasiques. L'envahissement histologique n'a malheureusement pas été noté de façon constante. Mais les comptes rendus opératoires mentionnent au moins l'aspect de ces adhérences :

1) La résection du mésocôlon a toujours été faite sur une adhérence directe de la tumeur d'aspect très douteux, voire trop évident. On sait cependant les difficultés d'interprétation macroscopique qui réduisent la valeur de ces observations.

Il y a donc eu 8 envahissements ou adhérences méso-coliques à distance du côlon, mais nécessitant pour une exérèse large des sacrifices vasculaires qui ont entraîné une colectomie en fin d'intervention. Dans 5 de ces cas, la racine du mésocôlon transverse était infiltrée.

Dans 9 autres cas, l'envahissement méso-colique était large, plus ou moins proche du côlon, mais englobant des vaisseaux, ce qui a nécessité une exérèse combinée gastro-colique. L'infiltration de la racine du mésocôlon est notée 3 fois.

Enfin, il y a eu 12 adhérences ou envahissements directs du côlon, imposant d'emblée l'exérèse monobloc. Dans 11 de ces cas, la racine du mésocôlon était libre.

Le côlon était envahi, de façon certaine, par une énorme tumeur dans 6 cas, 3 fois l'envahissement était très probable, la tumeur paraissant se continuer sur la surface du côlon ; 3 fois enfin, il ne s'agissait que d'adhérences plus ou moins étroites, mais d'aspect non caractéristique.

Deux points sont à noter ici :

1° Sur 12 envahissements méso-coliques, 8 fois la racine du mésocôlon était infiltrée, qu'il s'agisse de réaction inflammatoire, d'adénopathies banales ou métastatiques, ou d'envahissement direct. Par contre, sur 12 adhérences coliques, 1 seule fois la racine du mésocôlon état infiltrée.

2° Il n'y avait, malgré l'existence d'envahissement colique, aucune fistule gastro-colique dans ces 12 cas. On peut noter d'ailleurs la faible fréquence des fistules par cancer de l'estomac : deux statistiques américaines récentes donnent : Marshall et Kund-Hansen (1957) [37] : 1 fistule sur 1.500 cancers gastriques ; Amlicke (1964) [54] : 2 fistules sur 741 cancers de l'estomac.

Un seul de nos malades était au stade pré-fistuleux, avec envahissement total du côlon, par une énorme tumeur entièrement nécrosée en son centre. Ceci est le mécanisme habituel de formation de ces fistules. Notons, dès maintenant, que, paradoxalement peut-être, ce malade a la plus longue survie de notre statistique.

2) Il a été noté 11 fois une adhérence ou un envahissement pancréatique. (Rappelons qu'il y a eu : 14 gastrectomies élargies au pancréas, dont 2 gastrectomies subtotales avec ablation de la queue du pancréas.)
— 6 fois sur l'isthme, avec 2 envahissements histologiques.
— 3 fois sur le corps, les 3 fois histologique.
— 2 fois sur la tête, sans envahissement décelable.

3) La rate était envahie 1 fois.

4) La paroi adhérait 3 fois à la tumeur, sans envahissement histologique.

3) Les données cliniques

a) Age des malades :

Il n'est pas très élevé, puisqu'il s'établit en moyenne à 60 ans et 11 mois.

Le plus jeune avait 47 ans, le plus âgé 78 ans.

La répartition se fait ainsi :
— 2 malades de moins de 50 ans ;
— 9 malades entre 50 et 60 ans ;
— 12 malades entre 60 et 70 ans ;
— 6 malades de plus de 70 ans.

Cet âge moyen relativement bas est sûrement un des éléments de justification primordiaux de cette chirurgie extensive.

b) L'ancienneté des troubles cliniques :

On pourrait s'attendre, jusqu'à un certain point, à ce que cette ancienneté soit assez grande, puisqu'il s'agit de lésions importantes et déjà évoluées. Or, la moyenne s'établit à 7 mois, les chiffres s'étalant de 1 à 21 mois.

Sur les 24 malades hospitalisés, 6 souffraient de troubles divers depuis moins de trois mois. Alors que 8 seulement avaient une symptomatologie depuis plus de neuf mois.

c) La symptomatologie :

Nous n'insisterons pas particulièrement sur les signes cliniques, qui n'ont pas de caractères spécifiques ; les malades se plaignaient des troubles habituels : altération de l'état général, amaigrissement rapide, asthénie, anorexie, associés à des douleurs épigastriques plus ou moins intenses.

On peut cependant signaler un certain nombre de points :

1° Parmi nos malades, on relève deux bierméniens et deux anciens ulcéreux. L'un d'eux semble bien avoir fait une dégénérescence sur ulcère ; l'examen histologique déclarait : « Il existe nettement une ulcération ancienne, avec transformation épithéliomateuse sur un de ses versants. » Un autre malade avait été gastrectomisé neuf ans auparavant, pour ulcère semble-t-il.

2° Trois malades étaient suivis depuis plusieurs mois avec des traitements médicaux, malgré une image plus que suspecte sur les transits gastro-duodénaux. Le délai est allé jusqu'à dépasser un an, pour une malade de 55 ans (obs. n° 18).

3° Un malade a été opéré préalablement dans un service hospitalier de province où l'on avait jugé la tumeur inextirpable.

4° La proportion des sténoses est relativement élevée : 6 malades. Ceci s'explique par le développement important de la tumeur et l'ancienneté d'évolution qui fut 1 fois sur 2 supérieure à neuf mois.

5° Une tumeur épigastrique était perceptible chez 16 malades sur 29, c'est-à-dire plus d'une fois sur deux.

6° Deux fois seulement, on pouvait suspecter sur le lavement baryté une extension vers le côlon : il y avait 1 fois une image de refoulement de l'angle gauche, et 1 fois une image de sténose d'aspect intrinsèque sur la portion gauche du transverse.

4) L'avenir des malades

Nous verrons tout d'abord, de façon globale, les complications post-opératoires, puis nous étudierons séparément les malades ayant subi une gastrectomie totale, et ceux ayant eu une gastrectomie subtotale, pour pouvoir comparer les résultats des deux techniques.

a) Les suites opératoires :

En dehors des abcès de parois, phlébites et autres incidents, nous relèverons surtout des fistulisations. Il y a trois sièges de fistules : l'anastomose œsophagienne ou gastrique, le côlon et le pancréas.

1) Les fistules œso-gastriques : il y en a eu 5. Trois sur l'œsophage, donc après gastrectomie totale, et deux sur l'estomac, après gastrectomie subtotale.

— Observation n° 4 : il s'est agi d'une fistule par nécrose de l'anse jéjunale montée en Y, ayant entraîné un abcès à la fois sous-phrénique et médiastinal, suivi de décès.

— 2 fistules peu importantes, œso-jéjunales, fermées rapidement sans réintervention (obs. n^{os} 10 et 12).

— 1 fistule sur Polya, avec abcès sous-phrénique, peut-être expliquée en partie par le fait qu'il s'agissait d'une gastrectomie subtotale avec ablation de la rate et du pancréas, rendant donc aléatoire la vascularisation du moignon gastrique. La malade a cependant survécu près d'un an (obs. n° 23).

— 1 fistule sur l'anse afférente d'un Polya, ayant nécessité une réintervention (obs. n° 34).

2) Les fistules pancréatiques : il y en a eu 2, sur *14 ablations partielles du pancréas*. Elles se sont toutes deux taries spontanément (une après gastrectomie T.E. : obs. n° 11, et une après G.S. : obs. n° 13).

3) Les fistules coliques : sur les 29 colectomies effectuées, il y a eu 10 anastomoses d'emblée. Elles ont été suivies 6 fois de fistule colique. Cette proportion très élevée (6 sur 10 : 60 %) devra nous faire reconsidérer de près ce problème technique du rétablissement de la continuité colique.

Il y a eu d'autre part une fistule sur colostomie transverse, avec perforation par nécrose ischémique d'un des jambages, ayant entraîné une péritonite mortelle.

Il nous faut signaler, par ailleurs, une hernie interne par la brèche méso-colique, avec décès secondaire. Ce sera un autre problème technique à envisager.

Enfin, il faut noter encore *la fréquence des complications lors de la fermeture secondaire de l'anus.*

Il y a eu 10 rétablissements secondaires de la continuité. Il s'est *produit 7 fois une fistule :*

— Dans 3 cas, ce rétablissement avait été fait malgré l'existence à la réintervention d'une récidive, tumorale ou péritonéale. Le décès a été rapide dans les 3 cas, montrant le caractère absolu de la contre-indication au rétablissement de la continuité.

— Dans 1 cas, il été nécessaire de faire une hémicolectomie droite, avec iléo-transversostomie. Cette suture s'est fistulisée, entraînant un abcès avec septicémie à germes gram négatif mortelle.

— Dans les 3 autres cas, les fistules se sont taries au bout d'un délai variable.

b) L'AVENIR DES MALADES :

• *Les décès opératoires :*

Sur les 14 malades ayant subi une gastrectomie totale, 6 sont décédés dans les suites directes de l'intervention, dans un délai maximum de six semaines. Les causes de ces décès sont variables :

— 1 décès à la douzième heure, par hémorragie foudroyante, due au lâchage d'une ligature sur une branche du tronc cœliaque.

— 1 décès au sixième jour, par péritonite suraiguë, due à la nécrose d'un des jambages de l'anus colique.

— 1 décès au douzième jour, par abcès sous-phrénique et pleurésie purulente, dus à une nécrose de l'anse jéjunale montée. Aucune explication à cette ischémie, d'ailleurs partielle et non terminale, de l'anse n'a été retrouvée à l'autopsie.

— 1 décès au quatorzième jour : dans un coma d'origine inconnue. Il n'existait aucun trouble métabolique pouvant l'expliquer. Le malade avait des antécédents vasculairees cérébraux (il était âgé de 66 ans et avait présenté une hémiplégie régressive plusieurs années auparavant). On ne peut non plus éliminer formellement une métastase cérébrale.

— 1 décès à cinq semaines, par cachexie progressive, l'autopsie ayant montré une récidive péritonéale diffuse.

— 1 décès à six semaines, par abcès péri-colique et fistule colique, avec cachexie progressive.

Sur les 15 malades ayant eu une gastrectomie subtotale, il y a eu 3 décès post-opératoires.

— 1 décès au huitième jour, dans des troubles cardio-vasculaires d'origine non précisée de façon certaine (78 ans).

— 1 décès au quarante-quatrième jour ; cette malade a fait le dixième jour une occlusion du grêle, par hernie transmésocolique. La réintervention, qui n'a pas comporté de résection, a été suivie de perturbations hydro-électrolytiques et de troubles métaboliques et nutritionnels, qui ont abouti à un décès dans un tableau de septicémie à germes gram négatif.

— 1 décès au quarante-neuvième jour, dans un tableau de fistule colique, avec cachexie.

Il y a donc eu, au total, 9 décès post-opératoires, soit 31 %. Ces décès se répartissaient en :

— 43 % dans les gastrectomies totales ;

— et 20 % dans les gastrectomies subtotales.

• *Les décès secondaires :*

C'est-à-dire dans les six mois qui ont suivi l'intervention, sont au nombre de 9. Il y en a eu 5 dans les gastrectomies totales : 4 de ces décès, survenus à trois mois, trois mois, trois mois et demi et quatre mois, sont dus à des récidives massives. Un autre est survenu à trois mois, après la fermeture de la colostomie, qui avait montré des granulations péritonéales suspectes, dans un tableau de coma, peut-être d'origine hépatique.

Il y en a également 4 dans les gastrectomies subtotales : 2 décès par récidive après quatre mois et demi et cinq mois.

Deux décès après rétablissement de la continuité colique : l'un à quatre mois par lâchage de suture iléo-colique et septicémie, l'autre par volvulus du grêle sur bride, avec péritonite par perforation à six mois.

Donc, six mois après l'intervention :

— 11 des 14 malades ayant eu une gastrectomie totale étaient décédés (78,5 %), ainsi que 7 des 15 malades ayant eu une gastrectomie subtotale (46,5 %).

• *L'avenir à distance :*

Des 3 malades ayant subi une gastrectomie totale et ayant dépassé le cap des six mois :

— L'un est décédé au bout de neuf mois de récidives.

— Un autre a survécu quinze mois sans récidive, puis est décédé deux mois plus tard, dans une cachexie extrêmement rapide, avec sténose de l'anse montée.

— Le troisième est actuellement en parfait état, trois ans après son intervention. Aucun signe de récidive n'est actuellement percep-

tible. Son état général est satisfaisant. Elle n'est que peu gênée fonctionnellement.

Des 8 malades ayant subi une gastrectomie subtotale et ayant dépassé le cap des six mois :

— 3 sont décédés de récidive, après un délai d'environ un an, dont neuf mois sans symptomatologie. Deux autres sont décédés de récidive après deux et trois ans de survie.

— 1 malade est décédé après deux ans et cinq mois. Il avait été vu en consultation un mois avant sa mort et paraissait aller bien cliniquement. Son anastomose était radiologiquement normale, tant au point de vue morphologie que fonctionnement.
On ignore la cause de son décès.

Deux malades sont actuellement vivants :

— L'un après un peu plus de neuf ans.

— L'autre après deux ans. Celui-ci présente des séquelles fonctionnelles de sa gastrectomie, mais aucun signe actuel de récidive.

On peut donc considérer qu'il y a eu au total : sur 29 malades opérés :

— 5 survies d'un an ou plus (dont 1 de dix-sept mois, 1 de deux ans, et 1 de trois ans).

— 4 survies prolongées (sans récidive apparente) :
  — 1 gastrectomie totale : plus de trois ans ;
  — 3 gastrectomies subtotales : une de deux ans cinq mois, suivie de décès ; deux ans et plus de neuf ans.

Nous avons essayé de retrouver des cas comparables dans la littérature.

Leibovici note dans son article :

— Leriche (1906) : 32 malades, 10 morts opératoires, 2 survies de deux et cinq ans.

— Finsterer : 13 malades, 6 morts opératoires, 2 survies de cinq ans.

— Lehmann (1928) : 13 cas, 1 seul décès opératoire, 4 survies de plus de six ans.
Il n'apporte lui-même qu'un seul cas, décédé au quatrième jour.

Plus récemment, on peut relever :

— Barraya (1951) : 4 gastrectomies subtotales élargies : 1 décès au troisième jour : 1 survie de cinq mois suivie de décès ; 2 survies plus prolongées, de deux ans et demi et trois ans.

— Prohaska (1956) présente 50 malades ayant subi une chirurgie radicale extensive pour cancer abdominal. Les survies sont les suivantes : 2 de plus de quinze ans ; 6 de plus de dix ans ; 11 de plus de cinq ans.

Il y a 2 gastro-colectomies parmi ces malades :

— N° 32 : gastrectomie totale élargie, datant de dix-sept ans et allant bien.

— N° 39 : gastrectomie subtotale, datant de six mois.

— Clay-Ravitch (1957) : 1 cas de gastrectomie subtotale ayant survécu deux ans et demi sans récidive.

— Amlicke-Ponka (1964) : 1 cas de gastrectomie totale élargie, allant bien neuf ans plus tard.

Il est donc bien difficile de se faire une idée exacte des chances de survie de ces malades. La mortalité opératoire apparaît dans l'ensemble très élevée, la survie lointaine bien rare mais non inexistante et, aussi faibles que soient ces chances, elles n'en existent pas moins de façon indiscutable.

LES CANCERS DU COLON PROPAGES VERS L'ESTOMAC

1) Fréquence

La fréquence de l'extension des cancers du côlon à l'estomac est assez difficile à apprécier. Il n'y a, ici encore, que peu de statistiques mentionnant formellement ces cas.

Leibovici cite une statistique de Bertrand : 12 cas sur 182 cancers du côlon (6 %).

Lui-même apporte 4 cas, sur 20 observations de cancer du transverse [8].

— Vaysse (1948) en apporte 1 cas sur 39 observations, mais apprécie la fréquence moyenne à 10 à 15 % des cas.

— Phillips, Dockerty et Waugh (1955) retrouvent, sur 136 cancers de l'angle droit, 47 cas d'envahissement d'organes adjacents, dont 24 cas au duodénum et 7 à l'estomac (5 %).

— Humm (1962) retrouve 1 envahissement duodéno-gastrique sur 21 observations de colons droits.

— Peycelon (1964) note 1 envahissement gastrique sur 122 cancers du côlon droit traités par hémicolectomie.

— Fagarasanu et Grigorescu (1966) donnent les résultats immédiats de 125 interventions pour cancer du côlon, dont 3 gastro-colectomies.

Nous avons relevé, sur 50 cancers du côlon transverse et des deux angles, 11 cas d'envahissement gastrique, dont 7 fistules colo-duodéno-gastriques. Il n'y a eu que 6 exérèses possibles.

2) Anatomie pathologique

a) Le siège du cancer :

Sur les 6 exérèses effectuées, il y avait :

— 2 cancers de la partie droite du transverse.

— 1 cancer de la partie gauche du transverse.

— 3 cancers de l'angle splénique.

b) Le type histologique :

Il était 4 fois un carcinome typique ou atypique :

— 1 fois un carcinome atypique partiellement colloïde.

— 1 fois un épithélioma colloïde.

c) L'ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE :

Dans 2 observations ont été noté des adénopathies sous-pyloriques, coronaires stomachiques, hépatiques et méso-coliques. Il n'y avait aucun envahissement histologique.

Il n'y a dans aucune observation de ganglions spléniques et rétro-pancréatiques notés.

d) L'ENVAHISSEMENT EXTRA-COLIQUE :

• *L'envahissement gastrique :*

— Portait sur l'antre et la grande courbure 5 fois, 3 fois de façon évidente, car ils étaient englobés dans la tumeur, 2 fois de façon douteuse, où il s'agissait alors plus d'adhérences inflammatoires que d'envahissement.

— 1 fois, la tumeur envahissait à la fois la paroi antérieure du premier duodénum et du canal pylorique.

Les 4 cas d'envahissement massif entraînaient une fistule gastro-colique (obs. n^{os} 25 à 28).

Le cancer *colique semble donner plus souvent des fistules que le cancer de l'estomac.*

MARSHALL [37] (1957) rapporte 11 cas de fistules gastro-coliques dont 9 par cancer du côlon, pour une par cancer de l'estomac (la onzième étant due à un cancer du pancréas).

Il a retrouvé ces 9 fistules pour 3.200 cancers coliques.

AMLICKE [54] signale 3 fistules pour 787 cas de cancers du côlon.

Ces 4 fistules étaient dues à un envahissement direct par la tumeur des deux organes, puis fonte par nécrose de toute la partie centrale. Nous n'avons retrouvé, pas plus que MARSHALL et KNUD-HAUSEN, de fistule indirecte par organisation secondaire d'une perforation colique cloisonnée.

Ces fistules étaient larges, l'une étant notée de 5 cm de diamètre. AMLICKE dit, d'après RANSON, que la taille varie de 0,5 à 6 cm, avec une moyenne de 4 cm.

• *Les autres envahissements portaient :*

— Sur le pancréas : 1 cas d'adhérences d'aspect inflammatoire à la face antérieure de la tête ; 1 cas d'adhérences tumorales, histologiquement positives.

Mais le pancréas était envahi très partiellement au niveau de la queue dans un cas, sans adhérences, sans doute par l'intermédiaire de l'épiploon splénique ou des ganglions spléniques.

— Sur le duodénum : 1 fois sur D_3, d'aspect douteux, en plus de la fistule mentionnée plus haut.
— Sur le fond vésiculaire : 1 fois.
— Sur la paroi, 3 fois : dans 2 cas sur la paroi antéro-latérale ; 1 fois sur le diaphragme. Dans ces 3 cas, en fait, l'histologie était négative.

3) Les données cliniques

a) L'AGE MOYEN :

C'est le même que celui des cancers de l'estomac. 60 ans et 2 mois, le plus jeune des malades ayant 45 ans 6 mois et le plus âgé 74 ans et 11 mois.

b) L'ANCIENNETÉ DES TROUBLES :

Elle est variable, mais peut être répartie en deux groupes opposés :
— Dans l'un, comportant 4 malades, les symptômes cliniques étaient apparus moins de deux mois avant l'établissement du diagnostic et l'intervention.
— Dans l'autre, 1 malade avait une symptomatologie depuis un an, et l'autre depuis deux ans.

Toute moyenne n'aurait évidemment aucune signification.

c) LA SYMPTOMATOLOGIE :

Peut être regroupée en trois syndromes :
— Dans 3 cas, il s'est agi de fièvre avec douleur de l'hypocondre gauche. Ceci ne correspondait cependant pas à une abcédation périnéoplasique.
— Dans 1 cas, il s'agissait d'une subocclusion chronique.
— Dans 2 cas, la symptomatologie évoquait plus ou moins une fistule gastro-colique, associant : vomissements fécaloïdes, diarrhée et amaigrissement.

La fréquence de ces symptômes est d'ailleurs appréciée de façon variable suivant les auteurs. Les deux études les plus récentes sont celles de MARSHALL et KUND-HANSEN (1957) [37] et AMLICKE et PONTA (1964 [54] :
— Pour MARSHALL, la diarrhée existe dans 36 % des cas, pour AMLICKE dans 75 %. Nous ne la retrouvons que chez 2 de nos malades, et encore ne s'agissait-il dans un cas que de deux épisodes passagers récents.

— L'amaigrissement est le signe le plus fréquent, dans 91 % des cas pour MARSHALL, 68 % pour AMLICKE. Il était très marqué chez tous les malades, souvent supérieur à 10 kg en quelques semaines.

— Les vomissements fécaloïdes ou l'odeur stercorale de l'haleine se retrouvent dans 56 % des cas pour AMLICKE, et respectivement dans 45 et 30 % des cas pour MARSHALL.

Les vomissements existaient chez 2 malades, mais n'avaient que chez l'un d'eux un aspect fécaloïde.

— Les autres symptômes, fréquents, sont plus banaux : douleurs, éructations, anorexie, etc.

— Enfin MARSHALL retrouve une tumeur perceptible dans 64 % des cas. Elle existait chez 3 de nos malades.

— Le diagnostic est fait pour AMLICKE dans 66 % des cas, pour MARSHALL dans 55 %, mais de toute façon plutôt par le lavement baryté que par le transit gastro-duodénal, quelle que soit d'ailleurs l'origine gastrique ou colique de la fistule.

Sur nos 4 malades, le diagnostic avait été fait 2 fois par le lavement baryté, l'aspect radiologique évoquant dans un troisième cas une perforation simple, sans communication avec l'estomac.

Nous avons insisté un peu plus sur cette symptomatologie des fistules gastro-coliques, car elles posent des problèmes thérapeutiques particuliers ; il est sûrement d'un grand intérêt de les diagnostiquer avant l'intervention, et il faut essayer de tout mettre en œuvre pour cela.

4) L'avenir des malades opérés

a) LES SUITES OPÉRATOIRES :

Ont été compliquées 2 fois :

— Dans 1 cas, par une fistule pancréatique, qui s'est tarie spontanément.

— Dans 1 cas, par un abcès sous-phrénique, dû probablement à une fistule gastrique transitoire, tari par drainage aspiratif en une quinzaine de jours. Il s'agissait d'une gastrectomie subtotale élargie à la rate et au pancréas, associée à la colectomie. Ici encore, on ne peut savoir quel rôle exact a pu jouer une certaine insuffisance vasculaire.

b) AUCUN MALADE N'EST DÉCÉDÉ DANS LES SUITES OPÉRATOIRES :

c) A DISTANCE :

Un malade est décédé de cause inconnue deux mois après l'intervention.

Deux malades sont décédés de récidive :

— L'un après quatorze mois.

— Un autre après vingt-deux mois, de fistule gastro-jéjuno-colique, mais après dix-huit mois de survie sans symptomatologie.

Un malade a été perdu de vue, ayant changé d'adresse, sans donner de nouvelles.

Deux malades sont actuellement vivants :

— L'un deux ans après son intervention.

— L'autre six ans et dix mois.

On peut adjoindre à ces malades quelques autres cas publiés :

— Les 4 cas de LEIBOVICI :
  — 2 décès opératoires : sixième jour, de broncho-pneumonie ; vingt-sixième jour, de cachexie ;
  — 2 survies après deux ans et demi, sans récidive apparente.

— 1 cas de WELTI [26] : un cancer de l'angle gauche avec fistule duodéno-colique ayant survécu à l'intervention, mais dont on ignore l'avenir lointain.

— 1 cas de SCHWEITZER et OSBORNE : 1 fistule gastro-colique survivant sans récidive après trois ans.

— 3 cas de PROHASKA :
  — 2 cancers du côlon ascendant avec envahissement duodénal, dont l'un avec fistule : 1 décès au bout de onze mois, par métastases, 1 survie après six ans ;
  — 1 cancer de l'angle gauche, vivant après un an et demi.

— 7 cas de MARSHALL et KUND-HAUSEN de fistules gastro-coliques extirpées « en bloc » :
  — 1 décès opératoire (obs. n° 11) : malade de 78 ans, ayant fait une embolie au onzième jour ;
  — 1 décès secondaire (obs. n° 9) : malade de 62 ans, décédé au troisième mois ;
  — 4 survies suivies de récidive — de treize mois, vingt-quatre mois, vingt-six mois et trois ans ;
  — 1 survie de trois ans et demi sans récidive, suivie de décès à la suite d'un Halsted pour cancer primitif du sein.

On peut cependant considérer qu'il y a 4 survies de plus de deux ans :

— 1 cas de AMLICKE, décédé cinq ans après l'intervention d'un cancer primitif de la face.

TABLEAU II

AVENIR DES MALADES AYANT SUBI UNE G.C.T.

	Cancers de l'estomac	*Décès opératoires*	*Décès secondaires*	*Survies de moins d'un an*	*Survies de moins de trois ans*	*Survies de plus de trois ans*
Gastrectomies totales	14	6	5	1	1	1 actuellement vivant sans signes de récidives
Gastrectomies subtotales ..	15	3	4	3	4 (dont un vivant sans signes de récidives après 2 ans)	1 survivant depuis plus de 9 ans
	Cancers du côlon					
	6	0	1		4 (dont un qui n'a pas été retrouvé, mais a survécu plus d'un an) 1 est vivant après 2 ans sans signes de récidive	1 (6 ans et 10 mois)

Malgré le faible nombre de ces cas, on peut noter la différence certaine de pronostic entre cancer de l'estomac et cancer du côlon :

— Mortalité opératoire beaucoup plus basse.

— Chances de survie prolongée probablement plus grandes.

Comment l'expliquer ? Sans doute par la relative bénignité des cancers du côlon dont le pronostic (même pour les cancers du côlon transverse) est moins mauvais que le pronostic des cancers gastriques, l'extension de la tumeur ne modifiant pas les différences de rapidité d'évolution.

LES PROBLEMES TECHNIQUES

« Encore faut-il, avant d'entreprendre une telle intervention, savoir si les limites macroscopiques de la tumeur pourront être dépassées et si, d'autre part, le patient sera en état de supporter une intervention longue, complexe et forcément plus meurtrière. » (LOYGUE (1964) [56].)

Nous aurons à envisager successivement deux problèmes, difficiles à résoudre et liés étroitement l'un à l'autre :

Comment juger de l'opérabilité d'un malade ?

Comment mener l'intervention, une fois qu'elle a été décidée ?

Lorsqu'il s'agit d'une chirurgie complexe, techniquement délicate, exposant le malade à des suites opératoires difficiles, nécessitant un ensemble de conditions qui ne sont encore réunies que dans quelques services hospitaliers bien équipés, les facteurs entrant en jeu sont extrêmement nombreux : l'appréciation exacte de l'opérabilité d'un malade est alors soumise à de nombreux aléas.

PROHASKA [35], dans sa statistique, donne des chiffres qui montrent bien l'importance vitale du problème : sur ses 50 malades, 18 % (9 malades) avaient été récusés d'emblée par d'autres chirurgiens, 12 % (6 malades) avaient été considérés comme inopérables après laparotomie.

Sur ces 15 malades, PROHASKA a fait 13 exérèses élargies. Deux de ces 13 malades survivaient depuis treize ans, au moment où il écrivait son article ! Les 2 malades avaient donc été abandonnés à leur sort par des chirurgiens, alors qu'ils étaient non seulement opérables, mais véritablement guérissables !

Il y a donc incontestablement un problème qui se pose, à la fois technique et moral.

Le problème moral est de savoir si l'attitude systématique en faveur de l'intervention à tout prix, bien que sachant l'énorme risque vital immédiat que cela comporte, est acceptable ou non, à la fois pour le chirurgien et le malade.

La réponse à cette question peut peut-être varier selon la conscience de chacun. Mais le but technique à atteindre est de faire bénéficier le maximum de malades des possibilités de traitement radical. On ne pourra y parvenir qu'en répondant de la façon la plus exacte possible aux deux questions que nous avons posées.

I. — LE PROBLEME DE L'OPERABILITE

Nous l'envisagerons sous les deux aspects habituels en matière de cancer, général et local.

1) Préparation du malade

Le malade est-il en état de supporter une intervention chirurgicale grave ?

C'est de moins en moins souvent que cette question se pose de façon cruciale au chirurgien. Les techniques de réanimation actuelles permettent de rétablir suffisamment l'état général de l'immense majorité des malades pour qu'ils supportent au minimum une intervention exploratrice, ou une intervention curatrice de gravité moyenne.

Mais le véritable problème est, ici, d'amener le malade à supporter une intervention choquante, plus ou moins hémorragique, toujours longue : la durée moyenne des gastrectomies totales a été de cinq heures, celle des gastrectomies subtotales de trois heures quarante-cinq, celle des colectomies de quatre heures trente. Il faudra également que le malade puisse faire face, éventuellement, à des suites opératoires délicates pour de multiples raisons : fréquence de la voie thoracique, difficultés métaboliques et nutritionnelles, complications post-opératoires graves.

Nous avons relevé, dans nos 24 observations hospitalières, les éléments habituellement utilisés pour juger de la résistance générale des malades : l'âge, les tares générales éventuelles, l'aspect clinique (que nous avons classé en quatre catégories : très mauvais état, état général médiocre, état général moyen et état satisfaisant), enfin les examens para-cliniques :

Deux malades étaient en très mauvais état, proches de la cachexie, avec un poids inférieur à 40 kg, après un amaigrissement de plus de 20 kg :

— La première (obs. n° 5), âgée de 50 ans, était anémique, au-dessous de 2.000.000. Son taux de protides était un peu bas, mais cepen-

dant supérieur à 60 avec un rapport normal. Elle n'a pu faire les frais de l'intervention et est décédée à la cinquième semaine. Cependant elle avait, de plus, à l'autopsie, une récidive péritonéale diffuse qui a sûrement joué un rôle.

— La deuxième (obs. n° 23), âgée de 55 ans, avait des examens normaux à peu de choses près ; elle a survécu, malgré des complications post-opératoires graves pour mourir un an plus tard de métastases.

Quatorze malades avaient un état général clinique très médiocre, amaigris, fatigués, déshydratés... Leur âge moyen était de 61 ans. Les examens de laboratoire ne confirmaient pas l'impression clinique défavorable : un seul malade était franchement anémique, au-dessous de 2.500.000. Deux malades avaient un taux de protides inférieur à 60 g, mais avec un rapport normal. Un malade avait un taux normal de protides, mais avec un rapport inversé.

On trouve, dans ce groupe :

— 4 complications post-opératoires.

— 2 décès, dont aucun d'ailleurs ne peut réellement être imputé à l'état général du sujet (obs. n^{os} 2 et 4), puisqu'il s'agit d'accidents de type « mécanique ».

Dix malades étaient dans un état général moyen. Leur âge est un peu plus élevé que celui du groupe précédent : 64 ans 4 mois. Tous leurs examens para-cliniques étaient sensiblement normaux, à une exception près : dans un cas, le taux de protides était inférieur à 60 g, avec un rapport normal.

Ce groupe compte 5 complications post-opératoires et 3 décès. Deux d'entre eux sont sans rapport avec l'état du sujet. Le troisième (obs. n° 9) peut peut-être lui être attribué au moins en partie (fistule avec cachexie rapide).

Enfin, 4 malades étaient en bon état. Leur âge moyen est nettement plus bas : 55 ans 5 mois.

Leurs examens ne présentaient aucune particularité.

Deux sont décédés en post-opératoire, l'un d'accident « mécanique », l'autre de fistule avec cachexie...

Aucun malade n'avait de tare importante.

Que peut-on conclure de cette étude ? Il nous semble qu'il y a trois points importants :

1° Aucun malade n'était réellement à la fois âgé et en mauvais état. Il nous semble bien que, pour ces interventions comme pour les autres, c'est l'ensemble âge-état général qui doit jouer. On ne doit

pas plus abandonner un sujet jeune dont l'état général est médiocre, voire très mauvais, qu'un sujet d'un certain âge, si son état n'est pas trop catastrophique. Il faut bien dire que, dans ces conditions, peu de malades seront récusés sur ces éléments. Quant au choix de la voie d'abord et de l'étendue de l'exérèse, ce ne pourra être qu'une combinaison des éléments locaux et généraux, et nous y reviendrons.

2° L'état général d'un sujet n'est pas en soi un facteur fondamental du pronostic immédiat. Il nous semble que deux facteurs sont beaucoup plus importants :

— L'intervention elle-même : la mortalité de la gastrectomie totale est, quelle que soit la catégorie de malades, nettement supérieure à celle des autres interventions. Le fait de l'étendre à la rate et au pancréas accentue ces risques. Notons, par exemple, la fréquence considérablement plus élevée des abcès sous-phréniques (Guivarc'h).

— L'évolution propre du cancer, qu'il nous est très difficile d'apprécier exactement, mais dont le rôle est certain. Rappelons qu'il y a eu 7 décès par récidive dans les six mois ayant suivi l'intervention.

Cette notion est reconnue depuis longtemps, notamment pour les cancers de l'estomac. On ne peut malheureusement, à l'heure actuelle, en tirer aucun élément pratique.

3° Les examens para-cliniques, certes utiles, ne permettent absolument pas de se faire une idée plus précise et plus exacte de l'état du sujet. Ils permettent tout au plus d'orienter la réanimation préopératoire.

En effet, ces conclusions, qui rejoignent d'ailleurs l'opinion généralement émise à propos de toutes les chirurgies « majeures », ne doivent pas faire négliger la préparation pré-opératoire des malades, en utilisant tous les moyens dont nous disposons.

Dans nos observations, cette préparation a couvert sensiblement la phase d'hospitalisation pré-opératoire, le diagnostic et l'indication étant établis le plus souvent avant l'entrée dans le service. Le délai moyen a été de onze jours. Le délai maximum était de quarante-cinq jours.

Il faut utiliser, et de façon intensive, des transfusions, des perfusions protéiques et lipidiques, la rééquilibration hydro-électrolytique par voie veineuse, la vitaminothérapie, mais aussi réalimenter le malade, au besoin par sonde jéjunale. On a même pu préconiser une jéjunostomie provisoire, mais ceci pose des problèmes techniques que nous reverrons plus loin.

Plusieurs problèmes particuliers vont se poser :

1° Le traitement antibiotique général : certains auteurs, en particulier Ponka-Rice [46], insistent sur la fréquence et l'importance de l'infection périnéoplasique. Il est alors logique de faire un traitement antibiotique, par voie générale, avec produits à large spectre antibactérien. Cependant, ces traitements aveugles, systématiques, sont de plus en plus rejetés par beaucoup de chirurgiens. On peut leur reprocher surtout deux inconvénients : leur action est incertaine, puisqu'on ignore la nature et la sensibilité des germes en cause ; d'autre part, ils risquent de perturber la flore colique, ce qui est très défavorable dans ces cas justement où il faudra faire une colectomie.

2° Le problème de la colectomie associée à la gastrectomie est important pour la préparation. Nous avons vu que, sur 10 rétablissements de la continuité immédiats, il y avait eu 6 fistules coliques. Cette fréquence anormale n'est sans doute pas sans rapport avec l'absence de préparation colique pré-opératoire.

Il serait donc souhaitable que, dans tous les cas où l'on peut suspecter l'éventualité d'une colectomie à associer à une gastrectomie prévue, l'on fasse une préparation du côlon. Malheureusement, il n'y a guère de critères permettant de la soupçonner. Nous avons vu que, dans 2 cas seulement, le lavement baryté était évocateur. Il faudrait cependant le pratiquer de façon plus systématique, surtout chez les malades ayant une histoire clinique relativement ancienne, ou une tumeur perceptible et, à plus forte raison, des signes cliniques évocateurs d'atteinte colique.

Quant à savoir ce que doit être cette préparation, cela est actuellement délicat. On accuse les antibiotiques d'être responsables de récidives anastomotiques, mais on les utilise encore couramment. On accuse également les lavements et les purges de faciliter les dissémination intra-luminales. On peut cependant, et dans tous les cas, utiliser un régime sans résidu, qui devra être riche et équilibré.

3° La durée de ce traitement pré-opératoire est difficile à fixer de façon précise. Pour Marshall et Kund-Hansen, il ne doit pas dépasser deux à trois jours. Dans l'ensemble, les auteurs estiment qu'il doit être court, au maximum huit à dix jours : il vaut mieux faire un traitement intensif et de courte durée qu'un traitement prolongé en espérant obtenir un meilleur résultat, ce qui paraît aléatoire, voire illusoire.

4° Les fistules gastro-duodéno-coliques posent un problème particulier, actuellement non résolu sur le plan théorique : faut-il exclure la fistule dans un temps préalable ?

Voici ce qu'écrivent Schweitzer et Osborne (1953) [28] après avoir parlé des fistules dues aux ulcères peptiques, à propos de la colostomie préalable d'amont : « Elle semble même plus importante lorsque l'affection est le résultat d'un carcinome : avec une colostomie proximale, il y a habituellement une sédation des vomissements et de la diarrhée lorsqu'ils existaient. L'appétit revient et le sujet reprend du poids... Le détournement du courant fécal diminue également le risque de contamination péritonéale au deuxième stade du traitement et les processus inflammatoires qui accompagnent souvent les perforations chroniques des néoplasmes. »

Ils suivent ainsi une ligne de conduite fixée en 1939 par Pfeiffer et Kent [9]. Ceux-ci ont démontré que les troubles cliniques : vomissements, diarrhée et troubles nutritionnels, sont dus au reflux du contenu colique dans l'estomac ou le duodénum, avec perturbations de la flore, de la motricité et de l'absorption intestinales. Le fait de dériver les matières coliques en amont de la fistule diminue ou supprime ce reflux colo-gastrique et donc les troubles dont il était responsable. De nombreux Américains restent fidèles à cette attitude : Amlicke, Ponka et Rice. Ils font habituellement un anus transverse droit si le cancer est gauche, ce qui est le cas le plus fréquent, sinon un anus sous-angulo-colique droit. Hepp (1953) a proposé de faire systématiquement l'anus sous-angulo-colique, qui serait plus efficace et, dit Loygue [56], préserve mieux l'avenir.

D'autres auteurs ont préconisé des solutions différentes : Baker (1940), Hedin (1942) ont préconisé l'iléostomie. Ils ont été peu suivis, car les problèmes posés, techniques et nutritionnels, sont beaucoup plus délicats. Lahey (1943), Marshall (1945) proposaient une iléo-colostomie descendante.

Il semble que ce soit Linton (1944) [13] qui, le premier, a proposé l'exclusion haute de la fistule, pratiquant une exclusion gastro-duodénale avec anastomose gastro-jéjunale termino-latérale. C'est Hepp, en 1953, qui a proposé l'exclusion totale par antrectomie et gastro-jéjunostomie et exclusion bilatérale du segment colique fistulisé avec anastomose iléo-colique. Cette proposition était toute théorique et faite surtout pour les fistules d'origine ulcéreuse, mais rien n'empêchait son application aux fistules cancéreuses. C'est d'ailleurs ce que déclare Loygue (1963) [53] à propos des cancers du côlon droit avec fistule colo-duodénale, en préconisant l'exclusion bilatérale de tout le segment à extirper dans le second temps.

Au total, quels sont les arguments en faveur ou à l'encontre de la dérivation préalable ?

• *En faveur de la dérivation :*

Ses partisans invoquent son action remarquable sur les signes cliniques, les phénomènes infectieux et inflammatoires, permettant une amélioration de l'état général des malades et une meilleure préparation colique. Celle-ci est effectivement très gênée par la diarrhée lorsqu'elle existe, car elle ne réagit pas aux traitements médicaux et aux régimes ; elle interdit tout espoir de vacuité colique ; elle inhibe probablement l'action des antibiotiques intestinaux.

C'est ainsi que PONKA et RICE [46] centrent leur traitement préopératoire sur cette colostomie. Ils proposent deux phases successives :

1) Traitement d'attaque de quelques jours permettant de corriger la déshydratation par voie intra-veineuse, d'apporter les électrolytes nécessaires, de corriger l'anémie et l'hypovolémie, de combattre l'infection ; puis on pratique la colostomie.

2) Un traitement intermédiaire de trois semaines pour assurer la nutrition, au besoin par sonde jéjunale, continuer à combattre l'infection et préparer le côlon.

Il faut signaler que la majorité des auteurs fixe un délai d'environ deux semaines entre colostomie et intervention définitive.

A ces arguments, on peut ajouter l'intérêt d'une première intervention exploratrice permettant de décider formellement un traitement radical.

• *A l'encontre de cette dérivation préalable :*

1) Il y a tout d'abord le problème de l'efficacité réelle. Si l'on admet en général la théorie de PFEIFFER-KENT, il est loin d'en être de même pour l'efficacité de la colostomie d'amont. Son action, indiscutable dans certaines observations (PONKA-RICE [46], AMLICKE [54]), est nulle dans d'autres (SCHWEITZER-OSBORNE [28]).

Pour beaucoup d'auteurs français, son action est très inconstante, surtout dans les fistules cancéreuses, d'où les propositions d'exclusion complète.

2) L'efficacité des dérivations internes est très douteuse : 2 observations, par exemple (WELTI [26], BERTRAND [47]), montrent le développement d'une fistule malgré une dérivation préalable.

La technique de LINTON serait plus efficace sans doute, mais ne diffère, au point de vue technique, des exclusions bilatérales que par une section colique, comportant à peu près les mêmes inconvénients, sans avoir les mêmes avantages.

3) Les exclusions constituent une intervention déjà fort importante, puisqu'elles vont comporter :

— L'exclusion gastrique avec anastomose gastro-jéjunale.

— L'exclusion colique bilatérale avec anastomose iléo-colique ou colo-colique.

Le malade aura donc à supporter deux interventions importantes à quelques semaines d'intervalle. On connaît bien actuellement les risques de ces interventions itératives chez des sujets fragiles, fatigués. On peut donc se demander si le risque accru au point de vue vital est justifié par l'amélioration attendue de la première intervention. De plus, la seconde intervention risque d'être compliquée par les séquelles de la première et prolongée d'autant.

Par ailleurs, les risques de l'exclusion totale du segment colique, bien que minimes et réduits par la communication avec l'estomac et le duodénum, ne sont quand même pas inexistants : rétention, infection, perforation, lâchages de sutures.

Enfin, il est bien évident que l'exclusion haute est inapplicable dès qu'il s'agit d'un cancer de l'estomac étendu, et nécessitant *a priori* une gastrectomie totale. On peut cependant, dans ces cas, envisager une jéjunostomie, ou tout au moins une sonde jéjunale excluant le passage alimentaire gastro-duodénal.

4) Reste enfin un dernier argument : le temps perdu au point de vue évolution du cancer. Il ne semble pas, en fait, que cela puisse jouer de façon notable, puisqu'il ne s'agit que d'un délai de deux à trois semaines. Il est bien évident que l'on peut voir survenir juste à ce moment des lésions lymphatiques ou métastatiques inextirpables. Il est peu probable cependant que cela se produise souvent, et il y a sans doute peu de risques, à moins d'une évolutivité particulièrement rapide que l'aspect loco-régional se modifie beaucoup en aussi peu de temps.

— Il est donc bien difficile de donner une conclusion formelle. De nos 4 malades porteurs d'une fistule, aucun n'avait une symptomatologie suffisamment importante pour justifier l'éventualité d'une dérivation préalable. Il est probable qu'un bon nombre de cas sont identiques, si l'on considère par exemple les chiffres de MARSHALL, signalant la présence de la diarrhée dans 36 % des cas seulement. On pourrait donc proposer le schéma suivant :

— Si le malade est en très mauvais état général, on pourrait faire d'abord une simple colostomie d'amont, si possible sous-angulo-colique droite.

— Si le malade est dans un état moins catastrophique, l'attitude dépendrait de l'intensité des troubles entraînés par la fistule :
  — exérèse en un temps, s'ils sont peu marqués ;
  — exclusion complète préalable, si leur retentissement est important.

2) L'opérabilité locale

On exclura évidemment d'emblée les sujets ayant des métastases hépatiques ou une dissémination péritonéale, qu'il faut rechercher soigneusement, en particulier au niveau du cul-de-sac de Douglas. Dans un de nos cas, existaient quelques granulations douteuses dans la région sus-méso-colique et le mésentère. L'examen histologique extemporané était négatif, ce qui a permis de pratiquer l'exérèse.

L'opérabilité va donc dépendre de deux éléments : les adénopathies, les adhérences aux organes voisins.

Nous n'insisterons pas ici sur le problème des adénopathies. On sait, de façon générale, la différence énorme de pronostic suivant qu'il existe ou non un envahissement ganglionnaire quel que soit le siège du cancer. Les contre-indications d'exérèse seront ici les mêmes que dans un cancer de l'estomac ou un cancer du côlon isolés. Les problèmes techniques, par contre, sont plus complexes, nous le reverrons.

— Les envahissements loco-régionaux posent un problème plus délicat.

Nous avons vu, à l'anatomie pathologique, les différents cas qui s'étaient présentés. Des malades qui ont survécu plus de deux ans, on peut dire :

— Qu'un seul avait une adhérence pancréatique (obs. n° 28) : elle siégeait sur le corps et a été entièrement enlevée par la pancréatectomie corporéo-caudale.
— Le même malade présentait une adhérence pariétale, mais sans envahissement histologique.

Les autres n'avaient aucune adhérence ou envahissement autres que l'estomac ou le côlon et son méso, suivant les cas. Chez un seul de ces malades, la racine du mésocôlon transverse paraissait infiltrée.

Tous les autres malades ayant un envahissement duodénal ou pancréatique sont décédés secondairement de récidives.

Il est bien sûr impossible de tirer des conclusions formelles d'un si petit nombre de cas, mais ceci se recoupe avec d'autres observations.

Il est donc possible de tenter l'exérèse dans ces cas, mais on sait alors *a priori* qu'il ne faut guère espérer de guérison ; il ne s'agit pratiquement plus alors que d'une intervention palliative, qui peut d'ailleurs donner des survies relativement prolongées.

Par ailleurs, ces extensions locales ne sont pas toujours typiquement malignes et, de plus, elles ne sont pas obligatoirement en évidence. On peut parfaitement ne s'en apercevoir qu'en cours d'inter-

vention si l'exploration n'a pas été suffisamment soigneuse et poussée. Il est donc indispensable de mener l'intervention de façon telle que la décision d'exérèse ne soit prise qu'avec une parfaite connaissance des lésions. Il faut pour cela effectuer certaines dissections, mais sans dépasser le stade d'irréversibilité, en particulier au point de vue vasculaire.

Nous y reviendrons à propos de la technique chirurgicale proprement dite.

3) Possibilités d'intervention

Donc les possibilités d'intervention radicale chez un malade donné vont dépendre, à la fois, de son état général et, surtout, de l'étendue des lésions qui conditionnent la voie d'abord et la technique d'exérèse. La prédominance de ces derniers éléments nous fera revoir ce problème au moment où nous les envisagerons.

II. — LES PROBLEMES TECHNIQUES ET LA TACTIQUE OPERATOIRE

1) La voie d'abord

a) Différentes possibilités :

Elle peut être abdominale pure ou abdomino-thoracique.

Pour les 15 gastrectomies totales effectuées, dont une pour cancer initialement colique :

— Il y a eu 8 voies mixtes abdomino-thoraciques :
  — dans 5 cas, l'incision a d'abord été une médiane ou une paramédiane ? gauche. Dans 2 cas, c'était une transrectale. Une fois, il s'est agi d'une oblique de l'hypocondre gauche ;
  — l'agrandissement thoracique a été fait 7 fois sur la huitième côte, réséquée jusqu'à la ligne axillaire antérieure, et 1 fois sur la septième côte.
— Il y a eu 7 voies abdominales pures, médiane prolongée vers le bas au-dessous de l'ombilic à la demande, remontant jusqu'à la xyphoïde, au besoin réséquée.

Pour une gastrectomie subtotale a été utilisée une thoraco-phréno-laparotomie typique.

Dans les 20 autres cas, on a fait une voie abdominale pure :

— 16 fois une médiane.

— 1 fois une transrectale.

— 3 fois une voie de Barraya-Turnbull (gauche ou droite), les 3 pour un cancer du côlon.

Il y a donc éventuellement trois voies d'abord :

— La voie abdomino-thoracique, soit à partir d'une oblique de l'hypocondre gauche, c'est la thoraco-phréno-laparotomie, soit à partir d'une médiane ou d'une para-médiane à cheval sur l'ombilic. Mais on pourrait également, si nécessaire, s'agrandir à partir d'une médiane sus-ombilicale, par un embranchement du type Schwartz-Quénu, ou une thoracotomie à la Raymond Bernard sur la cinquième côte.

— La médiane ou la para-médiane.

— L'incision de Barraya-Turnbull, qui permet également un agrandissement thoracique en cas de nécessité. Elle a cependant l'inconvénient, d'ailleurs assez rare, de rendre délicat le décollement de l'angle opposé si le sujet est très large et profond.

b) Le choix de la voie d'abord :

Il dépend de deux facteurs : la technique chirurgicale nécessitée par les lésions et l'état du sujet.

1° De façon générale, si l'œsophage est intact, la voie abdominale sera très probablement suffisante, sauf exceptions dues à la conformation du sujet : sinon la voie mixte est nécessaire (Barraya [20]).

2° Il est possible, dans certains cas, de prévoir avant l'intervention la voie d'abord nécessaire. Le siège de la lésion et son extension vers le haut sur les transits gastro-duodénaux peuvent imposer d'emblée la nécessité d'une voie mixte. On peut alors peser soigneusement les risques avant de poser l'indication opératoire.

3° En fait, bien souvent, l'extension vers le haut est douteuse, et ce n'est qu'après l'exploration que la décision d'ouverture du thorax pourra être prise.

4° Mais de toute façon, l'incision doit être d'abord abdominale pour explorer attentivement les lésions et décider des possibilités d'une exérèse carcinologiquement utile.

5° C'est alors, en possession de tous les éléments, que sera prise la décision définitive.

Le problème le plus difficile, en pratique le seul qui se pose véritablement, est celui du malade dans un état général précaire, chez qui la lésion imposerait une voie mixte, pour pratiquer une gastrectomie totale élargie comportant le risque vital maximum. C'est dans ce cas qu'il est nécessaire de prendre position sur le problème moral que nous avons déjà évoqué. Nous croyons que si l'exérèse est faisable techniquement, et si l'on peut donner au malade une véritable chance de survie, c'est-à-dire que l'on peut considérer l'intervention comme radicale, il faut la faire même dans les cas limites.

Mais ceci suppose des conditions de compétences techniques particulièrement grandes de la part du chirurgien, et de confort opératoire et post-opératoire indispensable pour donner le maximum de chances au malade.

Si l'état du sujet doit parfois faire renoncer à une voie d'abord mixte, qui rendrait l'intervention trop longue et vraiment trop dangereuse, il faut savoir, alors, renoncer à une exérèse, si on ne peut la réaliser en toute sécurité par voie abdominale pure. On ne doit en aucun cas risquer de se trouver arrêté, une fois l'exérèse commencée, ou utiliser une technique approximative, en particulier pour l'anastomose œsophagienne, sous prétexte d'une impossibilité de voie d'abord correcte.

On a peut-être parfois le droit de prendre quelques risques pour réaliser une technique impeccable, mais on n'a jamais celui de sacrifier la perfection technique. Le malade risque beaucoup plus de mourir d'une fistule si ses anastomoses sont mal réalisées que de ne pas supporter une intervention impeccable techniquement.

2) La conduite de l'intervention dans les cancers primitivement gastriques

a) Les exérèses coliques associées pour lésions ischémiques :

Sur les 29 gastrectomies, 7 fois l'exérèse gastrique, plus ou moins simple, a été associée à une résection du mésocôlon transverse, la résection colique étant effectuée en fin d'intervention sur l'aspect ischémique d'un segment colique. Il s'agissait d'une gastrectomie totale simple, d'une gastrectomie totale élargie et de 5 gastrectomies subtotales larges. Ce n'étaient donc pas de véritables « gastro-colectomies en bloc », mais des gastrectomies associées à une colectomie dans le même temps. Nous avons conservé ces observations car, en fait, les problèmes posés étaient pratiquement identiques. La résection colique a porté 6 fois sur un secteur mobile du transverse, au maxi-

mum la totalité de ce transverse, et, une fois, elle a dû être étendue à l'angle droit, par suite de la ligature de l'artère colique supérieure droite.

b) Les gastrectomies totales avec exérèse colique en bloc :

Nous avons 9 comptes rendus détaillés ; il s'agissait dans tous les cas de gastrectomies totales élargies.

• *Le déroulement des interventions :*

— 5 fois l'exérèse a débuté par la section colique au large de la tumeur. Puis on a pratiqué la libération de l'estomac, en commençant tantôt par la gauche avec le décollement du mésogastre postérieur (1 fois), tantôt et plus souvent (4 fois) par la droite, avec libération duodénale et section. Puis on a libéré la partie supérieure de l'estomac, soit en commençant par la section œsophagienne (4 fois) avant de faire le curage cœliaque et la ligature des vaisseaux coronariens et spléniques, soit (1 fois) en faisant l'inverse. Enfin, la libération de la pièce était achevée par la section pancréatique.

— On peut en rapprocher 1 cas où la section duodénale a précédé la section droite du côlon, la libération de la pièce se faisant ainsi en tournant dans le sens inverse des aiguilles d'une montre : section gauche du côlon, mésogastre postérieur, grosse tubérosité, œsophage et tronc cœliaque.

— Dans les 3 autres cas, un ordre différent a été adopté, rejetant la section colique plus tardivement :

  — dans 1 cas, on a commencé par la section méso-colique du côlon à la racine, puis on a effectué la libération gastrique, pour terminer par la section colique ;

  — dans 2 cas, la libération gastrique a été amorcée à gauche, puis menée de gauche à droite et de haut en bas, pour terminer par le mésocôlon et le côlon.

• *La majorité des cas publiés suit sensiblement le plan de nos cinq premières observations.*

Il y a cependant deux exceptions : la publication princeps de Leibovici, qui insiste sur la nécessité de terminer par le côlon, de même que Barraya [1949]. Ceci nous paraît effectivement logique pour deux raisons :

— Dans la majorité des cas, la colectomie n'a pas été prévue avant l'exploration et le côlon n'a donc pas subi de préparation. Il peut

donc être considéré comme le segment le plus septique de l'intervention, avant même l'œsophage. Il est donc normal de réserver ce temps pour la fin de l'exérèse.

— D'autre part, si l'on effectue précocement la section du mésocôlon et de l'arcade du transverse, on pourra parfaitement se rendre compte en fin d'intervention de l'endroit exact où doit porter la section colique.

• *Nous pensons donc pouvoir proposer le plan tactique suivant :*

1° Exploration, qui doit comporter systématiquement l'effondrement du petit épiploon pour explorer soigneusement la région cœliaque et ses territoires ganglionnaires, et un décollement colo-épiploïque droit ou gauche, ou bilatéral, suivant le siège de l'envahissement colique, tout en restant suffisamment à distance de la tumeur, afin d'explorer ses connexions postérieures dans l'arrière-cavité. Il faut si possible non seulement sentir, mais voir les lésions, les adhérences, les adénopathies. Ceci nécessite donc d'emblée une installation et une préparation du champ opératoire correctes.

2° Décollement gauche : angle colique gauche, mésogastre postérieur, grosse tubérosité. Ceci permet de vérifier la liberté de la tumeur en arrière et à gauche.

Ligature en bloc du côlon et de ses vaisseaux pour éviter la dissémination. Section du mésocôlon et de l'arcade vasculaire à l'endroit choisi jusqu'à la racine. Libération de la face postérieure du pancréas jusqu'à l'isthme.

3° Décollement de l'angle droit si cela est nécessaire, soit pour l'exérèse. soit pour obtenir une longueur colique suffisante, en fin d'intervention. Ligature en masse du côlon et des vaisseaux pour éviter la dissémination. Section droite du mésocôlon.

4° Libération du duodénum. Section et fermeture ou isolement par un champ suivant la technique choisie pour le rétablissement de la continuité. Il peut être nécessaire, dans certains cas, de pousser le décollement duodénale au-delà de la gastro-duodénale, voire de faire une duodénectomie rétrograde à la Bazy, après repérage du cholédoque (2 cas : obs. n^{os} 5 et 13).

Curage sous-pylorique soigneux, ainsi que du pédicule hépatique (Lataste).

5° Section de l'œsophage.

6° Curages ganglionnaires hépatique (faux) et cœliaque. Ligature des vaisseaux spléniques et coronaires stomachiques, et section au ras du tronc cœliaque.

7° Section du pancréas avec ablation du segment rétro-pancréatique de la veine mésentérique inférieure et des ganglions qui l'accompagnent, et de la racine du mésocôlon.

8° Section du côlon.

Cette exérèse en bloc comportera donc l'ablation de l'estomac, de tous les ganglions lymphatiques enlevables satellites de l'estomac, du segment colique envahi et des ganglions lymphatiques correspondant à ce segment colique. On peut donc supposer que cette intervention a une valeur carcinologique certaine si l'on passe à distance des envahissements.

• *L'étendue de l'exérèse colique :*

— Sur les 9 observations détaillées, la colectomie a porté 6 fois sur un segment de transverse mobile, 1 fois sur la totalité de ce transverse, et 2 fois sur l'angle et une portion de transverse, 1 fois à droite et 1 fois à gauche.

— L'exérèse, lorsque le côlon était envahi, a porté au minimum sur 10 cm de part et d'autre de la tumeur. Les limites devraient peut-être s'élargir si l'on admet le chiffre de 13 cm comme maximum d'extension de l'envahissement des ganglions marginaux coliques dans les cancers primitifs du côlon (Black et Waugh, cités par Loygue [56], 1964).

Une résection de 15 cm, de part et d'autre de la tumeur, est sûrement suffisante à ce point de vue. Il faut, en tout cas, dépasser largement les deux travers de doigt que fixait Leibovici, en 1938.

• *Le rétablissement de la continuité digestive haute :*

Il a été fait pour les 14 cas de gastrectomie totale par deux techniquese différentes : dans 12 cas, une anse montée en Y, et, dans 2 cas, un montage type Mouchet-Camey : anse jéjunale interposée entre duodénum et œsophage, avec anastomose œso-jéjunale termino-latérale.

Sauf 1 fois, où l'anse a été montée en pré-colique, le montage habituel est trans-méso-colique. Il n'a été possible qu'une seule fois de créer une brèche spéciale pour le passage de l'anse, à gauche de la brèche d'exérèse méso-colique.

Leibovici insistait particulièrement sur ce point, disant même : « Cette technique (passer l'anse dans la brèche d'exérèse) est à notre avis très risquée et nous la croyons responsable d'un grand nombre de décès. » Il considérait que le risque était double : précocement par possibilité d'étranglement de l'anse montée, secondairement du fait des dangers courus par l'anse et son méso lors de la reconstruction de la continuité colique.

Cette opinion est certainement fondée. Mais il est aussi incontestable qu'avec les résections étendues effectuées actuellement, il ne reste guère, en général, de mésocôlon sain où faire passer l'anse.

Par contre, il est essentiel de fermer la brèche méso-colique et les brèches mésentériques de façon extrêmement soigneuse, en prenant soin de ne pas sténoser l'anse, ni étrangler son méso. Cette fermeture est souvent difficile. Il est généralement nécessaire de décoller les deux angles coliques, et c'est pourquoi nous avons préféré le proposer de façon systématique en début d'intervention, car cela facilite en plus l'exploration et la dissection. Enfin, il est souvent nécessaire de prendre des points péritonéaux très proches de l'arcade bordante colique ; il faut alors redoubler d'attention pour ne pas risquer de la blesser, ou même simplement de la comprimer en la coudant.

• Nous envisagerons le *problème de la continuité colique* pour l'ensemble des cas, car il leur est commun.

3) Les gastrectomies subtotales avec exérèse colique en bloc

a) Le déroulement des interventions :

Nous en avons 8 comptes rendus détaillés.

— 4 fois l'intervention a débuté par la section colique, suivie de l'exérèse gastrique effectuée suivant la technique classique.

— 1 fois l'exérèse a été faite de haut en bas, avec section première de l'estomac.

— 1 fois l'exérèse, après avoir débuté par le mésocôlon, s'est poursuivie par la gastrectomie, pour se terminer par la section colique.

— Enfin, il y a eu 2 gastrectomies subtotales associées à l'exérèse de la rate et de la partie corporéo-caudale du pancréas.

Cette intervention a une très mauvais réputation, les risques d'ischémie du moignon gastrique étant indiscutables. Sur ces 2 cas, l'un a été suivi d'un abcès sous-phrénique par fistule, l'autre n'a fait aucun incident. On peut donc dire que l'ischémie n'est pas inéluctable.

Cependant le problème dans ces cas est l'association d'un curage lymphatique correct sur le tronc cœliaque, avec ligature de la coronaire stomachique à son origine, associée à une ligature de la splénique, supprimant pratiquement toute la vascularisation du moignon. L'intervention paraît donc à exclure en matière de cancer primitif gastrique nécessitant un curage ganglionnaire complet. Nous reparlerons de ce problème à propos des cancers coliques.

b) De même que dans les gastrectomies totales, il paraît logique de terminer l'exérèse par la colectomie. Le plan proposé pourrait s'adapter de la façon suivante :

1° Exploration de façon identique.

2° Libération des angles coliques et de la grande courbure. Section méso-colique.

3° Section duodénale et curage hépatique.

4° Ligature en bloc du pédicule coronaire près de la petite courbure pour permettre la section gastrique.

5° Curage cœliaque et ligature de la coronaire stomachique en gardant la branche cardio-tubérositaire.

6° Section colique.

c) La résection colique ne présente pas ici de particularités.

— Il y a eu 4 résections segmentaires : 2 sur la partie moyenne du transverse, 2 sur la partie gauche.

— 3 résections complètes du transverse libre.

— 1 résection de l'angle droit et de la moitié du transverse.

Il faut dire cependant que l'on ne peut attendre de cette association la même sécurité au point de vue lymphatique qu'avec les gastrectomies totales élargies. Il n'y a pas en effet d'ablation des lymphatiques rétro-pancréatiques et spléniques. Il peut donc persister un doute, bien que la fréquence de leur envahissement soit faible. En cas d'envahissement, il faudrait alors :

— soit envisager une gastrectomie totale élargie ;

— soit prendre le risque d'étendre la gastrectomie subtotale à la rate et au pancréas.

d) Le rétablissement de la continuité digestive haute. Il a été fait :

— 7 fois une anastomose gastro-jéjunale, type Polya.

— 1 fois de type Finsterer, dans tous les cas trans-méso-coliques.

— 4 fois une anastomose gastro-duodénale.

Les mêmes problèmes se sont posés que dans les gastrectomies totales avec la brèche méso-colique.

4) La conduite de l'intervention dans les cancers primitivement coliques

a) Les interventions pratiquées :

Il y a eu :

— 2 hémicolectomies droites, étendues sur le transverse vers la gauche (obs. n^{os} 25 et 27), associées à 2 gastrectomies des deux tiers, dont l'une étendue à la totalité du premier duodénum, jusqu'au *genu superius* (obs. n° 27) (pour fistule colo-duodéno-gastrique).

— 2 colectomies segmentaires emportant le transverse, l'angle gauche et la partie initiale du côlon descendant (obs. n^{os} 26 et 28), associées :
  — dans un cas, à une gastrectomie totale élargie ;
  — dans l'autre, à une gastrectomie subtotale étendue à la rate et à la portion corporéo-caudale du pancréas.

— 1 colectomie gauche, étendue vers la droite sur le transverse, allant jusqu'au côlon iliaque à gauche, associée à l'exérèse pancréatique-splénique, et à une résection partielle de la grande courbure (obs. n° 29).

— 1 colectomie transverse vraie (Welti) avec ablation des deux angles (obs. n° 30), associée à une gastrectomie subtotale simple.

b) Les problèmes théoriques posés par ces interventions :

Vaysse a très bien montré dans sa thèse, la division du transverse en trois portions, droite, moyenne et gauche, nécessitant des traitements chirurgicaux adaptés, en particulier à l'irrigation lymphatique propre à ces segments.

1) Sur la portion droite du transverse, l'indication est l'hémicolectomie droite, plus ou moins étendue vers la gauche sur le transverse.

L'existence d'une adhérence gastrique entraîne l'association d'une gastrectomie, ne posant pas de problèmes très particuliers.

Par contre l'adhérence au duodénum, et surtout au pancréas, va poser des problèmes techniques difficiles : l'adhérence à la première portion du duodénum, sans envahissement pancréatique, peut être justiciable d'une exérèse de ce segment dont l'ablation, après repérage du cholédoque, est techniquement délicate mais très réalisable, soit de gauche à droite, soit de façon rétrograde (obs. n° 27).

Dans certains cas, même, on peut être amené à retirer la paroi antérieure de D2, la fermeture s'effectuant par plastie avec la face

postérieure ou l'angle D2-D3 (Welti [26, 45]). Par contre, une adhérence importante sur « duodénum et pancréas » va nécessiter une extension considérable de l'intervention. Il faut alors effectuer une hémicolectomie droite, associée à une duodéno-pancréatectomie céphalique avec gastrectomie partielle (Loygue [53]).

Des observations ont été publiées de cette intervention extrêmement complexe et de pronostic plus que réservé (Linton, cité par Bucaille [24], Bertrand [46], Prohaska [35]).

Il ne peut plus guère s'agir que d'intervention « à la désespérée » chez des sujets jeunes et encore en bon état général.

2) Sur la partie moyenne du transverse, on peut faire :

— soit une colectomie segmentaire, emportant une longueur variable de transverse ;

— soit ce que Welti appelle une « colectomie transverse vraie », emportant avec le transverse mobile les deux angles. C'est évidemment une intervention plus sûre au point de vue lymphatique et vasculaire, permettant d'enlever les deux artères coliques supérieures droite et gauche.

3) C'est sur la partie gauche du transverse et sur l'angle gauche que se posent le plus de problèmes théoriques. On sait, en effet, qu'il existe quatre voies lymphatiques pour ce segment :

— Deux voies profondes : l'une avec la colique supérieure gauche, gagnant le groupe lymphatique à l'origine de l'artère mésentérique inférieure ; l'autre le long de la veine mésentérique inférieure, gagnant les ganglions rétro-pancréatiques, puis le groupe mésentérique supérieur.
Les ganglions, dit Welti, peuvent être précocement envahis.

— Deux pédicules superficiels : l'un passe par le ligament gastro-colique et gagne directement les ganglions du lobe de la rate ; l'autre fait communiquer les lymphatiques coliques et les lymphatiques du grand épiploon, pour gagner les ganglions de la grande courbure. Cette voie est discutée, mais qu'elle existe ou non, les lymphatiques du grand épiploon peuvent être envahis dès que le ligament gastro-colique l'est lui-même.

Ces lymphatiques ont toujours posé des problèmes d'exérèse. Duval avait proposé jadis de faire un curage rétro-pancréatique, et Richard avait mis en pratique cette technique. Vaysse critiquait, à juste titre, croyons-nous, cette attitude, car l'intervention est difficile et il est pratiquement impossible de faire un curage réellement correct. Il proposait donc d'abandonner ces lymphatiques, qu'il considérait d'ailleurs comme rarement envahis.

Welti [45] a proposé une intervention élargie, analogue à la gastrectomie totale élargie : l'hémicolectomie gauche élargie en un bloc à la rate et au pancréas, enlevant les ganglions de la grande courbure, les ganglions spléniques et rétro-pancréatiques, avec la veine mésentérique inférieure, et les ganglions mésentériques inférieurs avec l'artère si besoin.

En pratique, cette exérèse a été effectuée dans les 3 cas où le cancer siégeait à gauche (obs. n^{os} 26, 28 et 29). Mais le problème posé ici est la nécessité d'y associer une gastrectomie :

— S'il s'agit d'une gastrectomie totale, c'est une intervention importante, comportant des risques considérables, mais pratiquement de technique bien réglée et logique.

— S'il ne s'agit que d'une résection gastrique très partielle, les problèmes sont assez limités, au point de vue vasculaire, car la coronaire stomachique et ses branches sont intactes. On ne prend donc qu'un risque très limité de nécrose ischémique.

— Par contre, s'il existe un envahissement tel qu'il faille effectuer au moins une gastrectomie subtotale, le problème devient angoissant. Un de nos malades l'a posé (obs. n° 28) : la gastrectomie subtotale, avec pancréato-splénectomie, a été suivie d'un abcès sous-phrénique avec fistule gastrique, d'ailleurs minime et qui a parfaitement guéri.

Comme nous l'avons vu dans certains cas de cancers gastriques, il faudra choisir dans ces cas entre ce risque vasculaire et ceux d'une gastrectomie totale élargie, presque de principe, et non de nécessité carcinologique.

Il semble cependant que l'on puisse considérer comme facteurs favorables pour cette gastrectomie subtotale élargie en cas de cancer colique initial :

— L'absence totale d'adénopathies perceptibles sur les branches du tronc cœliaque, permettant de conserver intégralement la coronaire stomachique.

— L'existence d'un ligament gastro-phrénique très étendu, laissant supposer et espérer des anastomoses vasculaires apportant un complément d'irrigation qui n'est peut-être pas négligeable.

— Enfin, il est probablement préférable d'effectuer une gastrectomie assez large sur la grande courbure.

5) Le rétablissement de la continuité colique

Tant sur l'étendue des exérèses que sur la continuité.

Les discussions de jadis sur la technique des colectomies sont maintenant dépassées et, de plus en plus, on s'oriente vers la colectomie idéale en un temps.

Cependant, bien que réduits, les chiffres que nous apportons nous paraissent assez démonstratifs :

— Dans les interventions pour cancer primitif de l'estomac, sur les 29 colectomies, il y a eu 10 rétablissements immédiats de la continuité, avec 6 fistules post-opératoires.

— Dans les cancers primitifs du côlon, il y a eu 5 rétablissements de la continuité, sans aucune fistule.

Bien sûr ces chiffres sont bien peu nombreux et l'on ne peut en tirer de conclusions définitives. Il paraît pourtant bien tentant de considérer que, dans les cas où le côlon n'est pas préparé, il est préférable de s'abstenir de faire une anastomose d'emblée, à moins que les conditions ne soient particulièrement favorables.

Mais il serait surtout, ainsi que nous l'avons déjà dit, très souhaitable que le côlon soit préparé aussi souvent que possible, ce qui permettrait sans doute plus souvent des interventions en un temps.

Il faut dire cependant que la fermeture de l'anus, si on la pratique après un délai suffisamment long, peut être utile à titre de « second look ». D'autre part, le délai habituel de deux mois amène souvent à réintervenir dans un magma adhérentiel encore très inflammatoire, ce qui favorise sûrement les incidents post-opératoires. Un délai de quatre à cinq mois serait sans doute préférable.

Enfin, la fermeture d'anus doit être considérée comme une intervention colique, et devrait donc comporter systématiquement les mêmes précautions et la même préparation que pour une colectomie.

OBSERVATIONS HOSPITALIERES

(*Voir la classification page 18*)

• **OBS. N° 1 :** Ca... Victor, 60 ans 9 mois (au moment de l'intervention)

Pas d'antécédents particuliers.

— *Début* des troubles en novembre 1959 :

Douleurs épigastriques avec asthénie, anorexie. Radios évocatrices d'un cancer de la petite courbure, traitement d'épreuve anti-ulcéreux de quarante-cinq jours, amenant une amélioration. Puis reprise des troubles. Amaigrissement important de l'ordre de 20 kg.

— *Admis* le 14 mars 1960 :

Etat général médiocre. Poids : 52,300 kg. Examen clinique négatif. Radios : envahissement de toute la petite courbure et circulaire sur l'antre.

Examens pré-opératoires : urée, 0,40 ; glycémie, 0,80 ; protides, 63 ; taux de prothrombine, 100 %.

2.150.000 G.R. 7.000 G.B.

— *Intervention* le 25 mars 1960 (Docteur MOUCHET). Durée 4 h 30 :

Médiane sus-ombilicale. Cancer du corps remontant presque jusqu'au cardia, envahissant l'antre jusqu'à 2 cm du pylore. Adhérences à la face antérieure du pancréas au niveau de l'isthme et au mésocôlon transverse. Adénopathies d'aspect inflammatoire près de l'angle duodéno-jéjunal. Pas d'autres adénopathies, en particulier sous-pylorique et coronaires.

Décollement colo-épiploïque. Section du mésocôlon. On laisse le côlon sous un champ.

Ligature de la pylorique et de la gastro-duodénale au bord supérieur du pancréas. Section duodénale. Fermeture par Mayo, puis deux bourses d'enfouissement.

Décollement du mésogastre postérieur. Libération de la petite courbure. Dissection cœliaque. Ligature splénique. Ligature de la veine en aval du confluent avec la mésentérique inférieure, dont un segment est réséqué avec le mésocôlon adhérent. Ligature coronaire. Dégagement et section œsophagienne.

Résection assez large du côlon ischémié.

Anastomose œso-jéjunale termino-latérale en trois plans. Anastomose jéjuno-jéjunale termino-latérale en deux plans. Fermeture des brèches assez difficile autour de l'anse anastomotique. Anus en canon de fusil latéral gauche.

— *Histologie :*

Adéno-carcinome muco-sécrétant de type lieber-kuhnien. Pas d'envahissement ganglionnaire sous-pylorique, coronaire et rétro-pancréatique.

— *Suites opératoires :*

Rien à signaler, en dehors d'un foyer pulmonaire régressif.

— *Réadmis* le 27 juin 1960, en vue de la fermeture de l'anus. Mais le malade est ictérique et l'évolution se fait en quelques jours vers l'aggravation, et le décès le 5 juillet 1960.

• OBS. N° 2 : Na... Nicolas, 66 ans 7 mois

— *Antécédents :* asthme, diabète, hémiplégie droite (1958) complètement régressive. Ulcère gastrique traité médicalement depuis 1957.

— Reprise des troubles digestifs, moins nets, mais avec altération de l'état général depuis quelques mois.

— *Admis* le 8 octobre 1962 :

Etat général très médiocre. Examen clinique négatif. Radios : images lacunaires étendues de la portion verticale. Examens pré-opératoires : urée, 0,35 ; glycémie, 3,20 ; glycosurie, 11,60, protides, 72,5 ; taux de prothrombine, 100 %. 4.300.000 G.R. 10.000 G.B.

— *Intervention* le 23 octobre 1962 (Docteur Mouchet). Durée 3 h 30 :

Médiane sus-ombilicale. Tumeur adhérente au mésocôlon, obligeant à une large résection du mésocôlon transverse. Ablation en masse de la totalité de l'estomac, de la rate, du pancréas jusqu'à l'isthme. Résection secondaire de 15 cm de côlon ischémié.

Anastomose œso-jéjunale sur anse en Y anus gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma tantôt glandulaire, tantôt atypique. Il existe nettement une ulcération ancienne avec transformation épithéliomateuse. Ganglions sous-pyloriques et coronaires envahis.

— *Suites opératoires :*

Episodes d'encombrement bronchique.

Puis coma progressif à partir du dixième jour. Suspicion de métastase cérébrale sans preuve formelle. Décès le 7 novembre 1962 (quatorzième jour).

• OBS. N° 3 : Ke... Joseph, 60 ans

— *Pas d'antécédents particuliers.*

— Depuis quatre mois, syndrome ulcéreux un peu irrégulier, plus progressif que périodique avec sténose. Amaigrissement de 10 kg.

— *Admis* le 12 octobre 1953 :

Etat général médiocre. Tumeur épigastrique palpable. Radios : lacune antrale avec sténose. Examens pré-opératoires : urée, 0,45 ; glycémie, 1,04 ; protides, 79 ; taux de prothrombine, 66 %. 3.900.000 G.R. 6.400 G.B. Ionogramme normal.

— *Intervention* le 20 octobre 1953 (Docteur MOUCHET). Durée 6 heures :

Para-médiane gauche prolongée secondairement sur le thorax. Très gros néoplasme antral, envahissant vers le haut le fundus et la petite courbure verticale, allant en aval jusqu'au pylore. Très grosse adénopathie le long du bord inférieur du pylore, adhérant à la face antérieure de l'isthme pancréatique et se prolongeant le long de l'artère de l'angle droit jusqu'à l'axe de la mésentérique supérieure. Un ganglion dans la faux de l'hépatique. Quelques ganglions dans la faux de la coronaire. Adhérence étroite en bas, avec envahissement de la racine du mésocôlon transverse. Foie normal.

Libération du mésogastre postérieur. Section du duodénum. Dissection du pancréas jusqu'au confluent porte. Section de l'œsophage. Dissection et ligature de la coronaire et de la splénique. Curage hépatique. Ligature des veines coronaire et splénique. Section du pancréas au-delà de la zone d'adhérence de la tumeur. Section du transverse (30 cm).

Anastomose œso-jéjunale en Y pré-colique. Anus iliaque gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindro-cubique et atypique. Tous les ganglions prélevés sont envahis. Pas d'envahissement visible du pancréas.

— *Suites opératoires :*

R.A.S.

— *Réadmis* le 11 décembre 1953 pour fermeture de l'anus :

Il existe une induration très suspecte au niveau de la partie gauche du côlon et du péritoine pariétal. On fait cependant une anastomose termino-terminale.

— Le cinquième jour, fistule colique large. Aggravation rapide avec cachexie.

Décès le 24 janvier 1954 (quatre-vingt-dix-septième jour après la première intervention).

• OBS. N° 4 : Bl... Alfred, 51 ans 6 mois

— *Pas d'antécédents particuliers.*

— *Début* en juillet 1957 par des douleurs épigastriques, avec régurgitations et nausées. Cinq mois plus tard (décembre 1957) : hématémèse suivie de mélæna.

— *Admis* le 23 janvier 1958 :

Etat général médiocre. Poids : 65,100 kg. Examen clinique négatif.

Radios : cancer de la petite courbure verticale.

Examens pré-opératoires : urée, 0,40 ; glycémie, 1,17 ; protides, 70 ; taux de prothrombine, 62 %. 3.680.000 G.R. 9.700 G.B.

— *Intervention* le 11 février 1958 (Docteur MOUCHET). Durée 7 heures :

Para-médiane gauche prolongée secondairement sur le thorax. Enorme tumeur de la partie verticale de l'estomac adhérant au pancréas au niveau du corps, envahissant le mésocôlon transverse. Pas d'adénopathies. Foie normal.

Décollement de l'angle gauche. Section du côlon au niveau de l'angle gauche. Décollement du mésogastre postérieur. Section du côlon près de l'angle droit

et du mésocôlon jusqu'à sa racine. Libération du duodénum, section et fermeture. Section de l'œsophage, direction de haut en bas jusqu'au tronc cœliaque. Dissection de ses branches. Ligature de la coronaire et de la splénique. Ligature de la veine splénique. Section du corps du pancréas.

Anastomose œso-jéjunale par anse en Y. Colostomie gauche après libération de l'angle droit.

— *Histologie :*

Epithélioma atypique. Pancréas partiellement envahi. Ganglions indemnes.

— *Suites opératoires :*

Pleurésie purulente le quatrième jour avec désunion secondaire de la suture pariétale. Tentative de fermeture avec drainage le 21 février 1958 (dixième jour). Décès le 23 février 1958.

— *Vérification :*

Epanchement purulent de part et d'autre du diaphragme. Anse en Y noirâtre au niveau de sa convexité à sa partie moyenne. Suture étanche.

• OBS. N° 5 : Ch... Marie, 50 ans 6 mois

— Quelques troubles digestifs vagues depuis trois ans.

— *Début :*

En 1959 : amaigrissement et asthénie. En juin 1959 : accentuation des troubles, vomissements permanents avec intolérance alimentaire.

Examen radiologique, puis exploration chirurgicale en province le 1er juillet 1959, ayant montré une énorme tumeur, sans dissémination.

— *Admise* le 9 juillet 1959 :

Etat général très mauvais, proche de la cachexie : 37 kg, avec grosse déshydratation globale. Escarres fessières. Masse épigastrique gauche perceptible.

Examens pré-opératoires : urée, 0,25 ; glycémie, 0,82 ; protides, 57 ; taux de prothrombine, 43 %. 1.650.000 G.R. 19.500 G.B.

— Après quinze jours de préparation : protides, 61,5. 3.950.000 G.R. 9.900 G.B.

— *Intervention* le 24 juillet 1959 (Docteur Mouchet). Durée 4 heures :

Voie abdominale, puis abdomino-thoracique. Enorme néoplasme gastrique bourgeonnant, occupant la presque totalité de l'estomac, respectant seulement la région pylorique. Adhérence probablement néoplasique au pancréas et à la racine du mésocôlon transverse. Un gros ganglion dans le petit épiploon près du duodénum. Plusieurs ganglions dans le long de la veine mésentérique supérieure, près de l'abouchement de la veine colique droite. Pas de métastases. On décide, étant donné l'âge de la malade, de tenter tout de même l'exérèse.

Libération, puis sections des angles coliques. Dissection du mésocôlon et ligature de la veine mésentérique inférieure. Dissection et curage lymphatique du paquet mésentérique supérieur, emportant le paquet colique supérieur droit.

Section du deuxième duodénum après repérage du cholédoque. Dissection rétrograde. Pas de ganglions rétro-pyloriques.

Décollement du mésogastre postérieur. Libération de la petite courbure. Section de l'œsophage. Dissection cœliaque. Curage hépatique (où il existe un gros ganglion). Section des coronaire et splénique. Section du pancréas.

Anastomose œso-jéjunale sur anse en Y, anus gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma malpighien d'allure spino-cellulaire, en partie atypique. Pancréas et ganglions (sauf l'hépatique) envahis.

— *Suites opératoires :*

Atélectasie nécessitant une trachéotomie, puis abcès de la paroi. Mais surtout cachexie progressive. Décès le 31 août 1959 (trente-huitième jour).

— *Vérification :*

Généralisation péritonéale. Sutures étanches. Pas de métastases.

• OBS. N° 6 : Co... Michel, 54 ans 7 mois

— *Début* en octobre 1955 par des douleurs épigastriques avec hoquet et vomissements.

— *Admis* le 17 novembre 1955 :

Etat général moyen. Examen clinique négatif.

Radios : sténose médio-gastrique avec lacune de la grande courbure.

Examens : urée, 0,55 ; glycémie, 1,20 ; protides, 63 ; taux de prothrombine, 79 %. 4.700.000 G.R. 13.900 G.B. Ionogramme normal.

— *Intervention* le 25 novembre 1955 (Docteur MOUCHET). Durée 5 heures :

Médiane sus-ombilicale. Tumeur envahissant la totalité de l'estomac et le méso-côlon jusqu'au côlon. Foie normal.

Section du côlon et du méso. Libération et section duodénale. Décollement du mésogastre postérieur. Dissection cœliaque. Ligature des vaisseaux. Section du pancréas, puis de l'œsophage. Anastomose œso-jéjunale en Y. Anastomose colique latéro-latérale.

— *Histologie :*

Epithélioma atypique. Ganglions coronaires envahis.

— *Suites opératoires :*

Désunion cutanée avec fistule. Cachexie progressive.

Décès le 7 janvier 1956 (quarante-troisième jour).

• OBS. N° 7 : Cr... Jean, 47 ans

— En 1954 : douleurs épigastriques avec légère altération de l'état général.

— *Début :*

En 1955 : aggravation progressive. Amaigrissement de 10 kg.

— *Admis* le 14 avril 1955 :

Etat général médiocre. Tumeur épigastrique palpable.

Radios : amputation étendue de l'antre.

Examens pré-opératoires : urée, 0,30 ; glycémie, 1,28 ; protides, 67,50 ; taux de prothrombine, 62 %. 3.140.000 G.R. 11.000 G.B.

— *Intervention* le 23 avril 1955 (Docteur MARQUAND). Durée 6 heures :

Trans-rectale gauche élargie secondairement sur le thorax. Enorme cancer de l'estomac, essentiellement endo-gastrique. Adhérence au côlon transverse et au mésocôlon, mais la racine est libre. Gros ganglions sous-pyloriques, mais pas de gros ganglions coronaires, ni hépatiques. Décollement du mésogastre postérieur, puis de l'angle gauche. Libération de la petite courbure. Section duodénale, puis œsophagienne. Section du côlon transverse et du mésocôlon. Dissection cœliaque. Ligature des vaisseaux. Section du pancréas.

Anse interposée œso-duodénale. Anus latéral droit. Pièce : énorme cancer bourgeonnant endo-gastrique. Pas de communication avec le côlon.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire atypique. Ganglions coronaires envahis, mais sous-pyloriques indemnes.

— *Suites opératoires :*

Petite suppuration de paroi. Diarrhée assez importante avec amaigrissement de 8 kg.

Sortie le 20 mai 1955.

— *Réadmis* le 20 juin 1955 pour fermeture d'anus. Petite fistule stercorale reprise le 7 octobre 1955, mais persistante de façon intermittente. Va cependant bien jusqu'en juillet 1956 : reprend 10 kg. Réapparition des signes avec sténose œsophagienne basse.

Décès le 14 septembre 1956 (dix-sept mois).

• OBS. N° 8 : Ma... Léon, 66 ans

— Antécédents de Biermer.

— *Début* en octobre 1956 :

Dysphagie basse. Quelques douleurs, altération discrète de l'état général.

— *Admis* le 7 février 1957 :

Etat général moyen. Examen clinique négatif.

Radios : lacune de la poche à air avec rétrécissement du cardia.

— *Intervention* le 15 février 1957 (Docteur MOUCHET). Durée 6 heures :

Para-médiane gauche prolongée secondairement sur le thorax. Enorme tumeur de la grosse tubérosité descendant sur la partie verticale de 10 cm environ, contournant la grande courbure au niveau de l'épiploon gastro-splénique. Adénopathie coronaire volumineuse.

On laisse une portion de diaphragme collée sur la tumeur près du hiatus œsophagien.

Décollement colo-épiploïque. On s'aperçoit alors que la tumeur envahit la partie gauche du transverse. Libération et section du duodénum. Section colique et méso-colique.

Décollement du mésogastre postérieur. Libération et section de l'œsophage. Dissection difficile du tronc cœliaque. Ligature des vaisseaux. Section du pancréas.

Anastomose œso-jéjunale par anse en Y. Anus iliaque gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire atypique. Les ganglions, le pancréas, le côlon sont envahis.

— *Suites opératoires :*

Décès brutal le soir de l'intervention, par hémorragie due au lâchage d'une ligature sur une branche du tronc cœliaque.

• OBS. N° 9 : Ba... Marcel, 61 ans 2 mois

— *Gastrectomie* pour ulcère en 1951.

— En août 1960 : douleurs, vomissements, anorexie et amaigrissement.

— *Admis* le 23 septembre 1960 :

Etat général moyen. Examen négatif.

Radios : lacune étendue sur le moignon gastrique.

Examens : urée, 0,15 ; glycémie, 0,90 ; taux de prothrombine, 72 %. 3.360.000 G.R. 8.900 G.B.

— *Intervention* le 27 septembre 1960 (Docteur MARQUAND). Durée 5 heures :

Trans-rectale droite étendue secondairement sur le thorax. Tumeur envahissant l'anastomose développée en feuillet de lèvre sur la petite courbure jusqu'au cardia. Adhérence en avant de l'anastomose au côlon qui paraît envahi. Pas d'importante adénopathie. Quelques ganglions sur le mésentère dont l'examen histologique est négatif.

Section du côlon (40 cm) de la partie moyenne jusqu'au pied de l'angle gauche. Section du mésocôlon en passant derrière l'anse jéjunale anastomotique. Section du grêle au pied de cette anse, puis du mésentère. Décollement du mésogastre postérieur. Libération de la petite courbure. Section du pancréas au niveau de l'isthme, le corps adhérant fortement à la tumeur. Dissection du tronc cœliaque, ligature des vaisseaux. Quelques ganglions coronaires enlevés par le curage lymphatique. Libération de l'estomac et de l'œsophage. Section. Anastomose œso-jéjunale par anse en Y. Anus gauche.

Pièce : énorme cancer envahissant pratiquement la totalité du moignon, perforé dans le pancréas, envahissant le côlon, avec ulcération sur la muqueuse colique.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire atypique. Envahissement net des ganglions coronaires, du pancréas et du côlon.

— *Suites opératoires :*

Syndrome péritonéal avec collapsus brutal le sixième jour.

Décès en quelques heures.

Vérification :

Nécrose du bout proximal colique avec perforation.

• OBS. N° 10 : Bo... Alice, 65 ans 6 mois

— *Antécédents de Biermer traité.*

— Depuis un an, troubles du transit et fièvre intermittente.

Septembre 1960 : douleur sous-costale gauche avec fièvre.

— *Admise* le 19 octobre 1960 :

Etat général médiocre. Aucun trouble digestif, masse douloureuse de l'hypocondre gauche, dure, régulière, donnant un contact lombaire.

Radios : urographie : masse surplombant le rein gauche, refoulant en dehors l'angle splénique. Pas de radios digestives.

Examens : protides, 65. 2.800.000 G.R. 14.000 G.B. V.S. : 13-61.

— *Intervention* le 8 novembre 1960 (Docteur GARCIN). Durée 4 heures :

Voie lombaire exploratrice, puis médiane.

Gastrectomie totale élargie avec colectomie segmentaire pour envahissement du méso et du côlon transverse. Anastomose œso-jéjunale par anse en Y. Anus gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma atypique. Pas d'envahissement ganglionnaire.

— *Suites opératoires :*

Fistule le sixième jour, fermée spontanément en quinze jours. Sténose progressive, après cinq semaines, de l'anse montée. Jéjunostomie.

Cachexie, puis ictère obstructif et décès le 18 février 1961 (soixante et onze jours).

— *Vérification :*

Enorme masse de toute la paroi postérieure de l'abdomen sténosant l'anastomose et envahissant le pédicule hépatique, comprimant le cholédoque. Il s'agissait d'une récidive, vérifiée histologiquement.

• OBS. N° 11 : Du... Arthur, 59 ans 7 mois

— *Septembre 1963 :*

Douleurs épigastriques avec altération de l'état général modéré.

— *Admis* le 14 novembre 1963 :

Etat général moyen. Poids : 69,600 kg. Examen négatif.

Radios : grosse lacune médio-gastrique paraissant circulaire.

Examens : urée, 0,30 ; glycémie, 0,95 ; protides, 66,5 ; taux de prothrombine, 55 %. 4.500.000 G.R. 13.000 G.B.

— *Intervention* le 19 novembre 1963 (Docteur MARQUAND). Durée 5 heures :

Oblique de l'hypochondre gauche. Enorme tumeur gastrique, bourgeonnante, occupant tout le corps de l'estomac, remontant sur la petite courbure jusqu'au cardia. Importante adénopathie coronaire. Pas d'autre ganglion. Le côlon transverse et son méso adhérent à gauche, à la tumeur.

On s'agrandit en thoraco-phréno-laparotomie. Libération de la grande courbure. Incision du mésogastre postérieur et décollement. Libération et section du duodénum. Dissection du tronc cœliaque et ligature de ses branches. Section de l'œsophage. Section du côlon transverse (30 cm).

Anastomose œso-jéjunale par anse en Y. Anus trans-rectal gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique. Ganglions coronaires envahis.

— *Suites opératoires :*

Fistule pancréatique tarie spontanément en six semaines environ.

Sort le 13 janvier 1964 dans un état général encore médiocre.

— Revu un mois plus tard, le 13 février 1964, avec des douleurs épigastriques et un ictère d'apparition récente. Il est décédé six jours plus tard, le 19 février 1964 (trois mois).

• OBS. N° 12 : Ma... Suzanne, 56 ans 2 mois

— *Antécédents gastriques,* de 1940 à 1950, étiquetés gastrite, traitements médicaux.

— *Début* en août 1963 par asthénie, anémie et œdème des membres inférieurs. Pas de troubles digestifs.

— *Admise* en médecine, puis en chirurgie :

Etat général médiocre. Examen clinique négatif.

Radios : grosse déformation de l'antre et du bas-fond.

Examens : urée, 0,30 ; glycémie, 1 g ; protides, 57 ; taux de prothrombine, 55 %. V.S. : 46-65. 2.950.000 G.R. 7.200 G.B.

Après préparation, la N.F.S. remonte à 3.450.000.

— *Intervention* le 27 décembre 1963 (Docteur Marquand). Durée 5 heures :

Médiane. Cancer du corps adhérant au côlon transverse. Quelques ganglions sous-pylorique, pas d'importante adénopathie coronaire.

Colectomie première (30 cm). Résection du méso. Libération de la grande courbure et du duodénum. On pense faire une gastrectomie 4/5, mais on découvre une tumeur pancréatique au niveau de l'isthme, de la taille d'une bille, charnue, non kystique. On décide donc de faire une gastrectomie élargie.

Décollement du mésogastre postérieur. Libération de la petite courbure. Dissection du tronc cœliaque, ligature de ses branches. Section du pancréas.

Anse interposée œso-duodénale. A noter une déchirure œsophagienne sur le bord gauche, que l'on ferme par trois points séro-vasculaires.

Anastomose colique termino-terminale en un plan. Pièce : tumeur gastrique de la taille d'une paume de main, bourgeonnante, située à la partie basse du corps de l'estomac, adhérente au côlon sans perforation, la muqueuse colique ne paraissant pas envahie.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire partiellement atypique. Ganglions non envahis. Pancréas : petite tumeur encapsulée : neurinome ou petit fibrome sans signes de malignité.

— *Suites opératoires :*

Fistule de l'anastomose œso-jéjunale se drainant bien par le drain de l'hypochondre gauche. Se tarit progressivement en quelques semaines.

Sort le 10 mars 1964 en bon état local et général.

Suivie régulièrement. Revue en juillet 1966. Bon état général. Poids : 48,200 kg.

Appétit normal. Pas de troubles post-gastrectomie. Pas de diarrhée. Examen négatif. Radio : bon passage par l'anastomose.

• OBS. N° 13 : Th... Pierre, 50 ans 8 mois

— *En mars 1957 :*

Quelques troubles digestifs, dont des éructations « nauséabondes ». En juillet 1957, épisode de diarrhée avec coliques et amaigrissement de 7 kg.

— *Admis* le 19 septembre 1957 :

Etat général assez bon : 56,250 kg. Masse dure et irrégulière de la partie droite de l'épigastre. Clapotage à jeun.

Radios : sténose antro-pylorique avec un défilé tortueux dans une racine.

Examens : urée, 0,40 ; glycémie, 1,05 ; protides 65,5 ; taux de prothrombine, 62 %. 4.000.000 G.R. 2.480 G.B.

— *Intervention* le 25 septembre 1957 (Docteur MOUCHET). Durée 4 heures :

Médiane. Tumeur antro-pylorique avec volumineuse masse ganglionnaire sous-pylorique pré-pancréatique, adhérente à la tête du pancréas et infiltrant la racine du mésocôlon transverse. Gastrectomie subtotale très large avec colectomie segmentaire.

Décollement duodéno-pancréatique, puis décollement colo-périploïque. Ligature de l'artère de l'angle droit. Résection du mésocôlon. Le côlon est laissé en attente et ce n'est qu'à la fin de l'intervention que l'angle colique droit ischémié sera réséqué sur 15 cm environ. Ligature de la gastro-duodénale. Section du deuxième duodénum après le *genu superius*. Dissection rétrograde. Il est nécessaire de tailler dans le pancréas pour pouvoir enlever avec le duodénum le bloc ganglionnaire sous-pylorique.

Gastrectomie ne laissant que la calotte tubérositaire. Ligature coronaire. Polya trans-méso-colique par une brèche ouverte à gauche de la résection méso-colique. Résection colique. Anus droit.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire. Ganglions sous-pylorique et coronaires envahis.

— *Suites opératoires :*

Fistule pancréatique le deuxième jour, tarie spontanément en quinze jours.

— Fermeture d'anus le 5 novembre 1957. Il existe autour de la cheminée colique une zone très inflammatoire, avec de nombreuses logettes purulentes. On pratique cependant une suture colique en deux plans.

Fistule stercorale au douzième jour dans une collection purulente pariétale. Amélioration rapide. Fistule tarie au bout de huit jours.

— Revu régulièrement en consultation. Premiers signes de récidive en juin 1958 (masse du Douglas).

Décédé le 6 septembre 1958 de généralisation péritonéale (douze mois).

• OBS. N° 14 : Bo... Léa, 61 ans 3 mois

— *Début :*

En octobre 1959 par des douleurs post-prandiales.

— En septembre 1960, accentuation des troubles, vomissements. Amaigrissement de 10 kg.

— *Admise* le 8 décembre 1960 :

Etat général médiocre : 53 kg. Tumeur épigastrique gauche perceptible.

Radios : amputation de l'antre.

Examens pré-opératoires : urée, 0,10 ; glycémie, 1 g ; protides 71,5 ; taux de prothrombine, 62 %. 3.950.000 G.R. 7.000 G.B.

— *Intervention* le 13 décembre 1960 (Docteur Mouchet). Durée 3 heures :

Médiane sus-ombilicale. Très grosse tumeur antro-pylorique. Importante adénopathie sous-pylorique. Adhérence large au mésocôlon. Un ganglion le long de l'artère de l'angle droit. Quelques ganglions cœliaques. Petits nodules sur la face antérieure de la tubérosité gastrique et dans le ligament gastro-splénique. Examen extemporané négatif.

Gastrectomie subtotale très large avec résection du mésocôlon. Le côlon est laissé en attente sous un champ. En fin d'intervention, son aspect ischémique amènera à pratiquer une colectomie segmentaire avec anus *in situ* droit.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire atypique en partie colloïde. Ganglions sous-pyloriques hépatiques envahis. Coronaires stomachiques et coliques non envahis.

— *Suites opératoires :*

Phlébite à la troisième semaine.

— *Réintervention* pour fermeture d'anus le 23 février 1961 :

Découverte de granulations péritonéales diffuses : épithélium colloïde. Fermeture de l'anus.

Suites normales.

— Décès le 16 mai 1961 (cinq mois).

• OBS. N° 15 : Es... Marcel, 74 ans

— *Début* en mars 1960 :

Douleurs du flanc gauche, irrégulières, avec amaigrissement de 13 kg.

— *Admis* le 4 juillet 1960 :

Etat général moyen, masse épigastrique dure et douloureuse.

Radios : image ulcériforme avec rigidité segmentaire de la grande courbure.

Examens : urée, 0,40 ; glycémie, 0,95 ; protides, 75 ; taux de prothrombine, 50 %. 3.960.000 G.R. 6.300 G.B.

— *Intervention* le 13 juillet 1960 (Docteur MOUCHET). Durée 3 h 30 :

Médiane sus-ombilicale. Cancer de la grande courbure, avec adhérence au mésocôlon au niveau de sa base. Gros ganglions sous-pyloriques.

Décollement colo-épiploïque. On résèque largement le mésocôlon en débordant la zone adhérente. Le côlon est laissé en attente sous un champ. Libération de la grande courbure. Libération de la petite courbure. Section duodénale au-delà des ganglions. Fermeture par Mayo et deux bourses. Il n'y a que deux petits ganglions coronaires. Ligatures des vaisseaux coronaires à l'origine.

Polya à points séparés en deux plans.

On se reporte alors sur le côlon ischémié. Résection segmentaire. Anus latéral droit.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire atypique. Ganglions sous-pyloriques envahis. Ganglions coronaires douteux.

— *Suites opératoires :*

Simples.

— *Réadmis* le 26 septembre 1960 pour fermeture d'anus :

Dans les suites, petite fistule tarie spontanément.

— Revu en consultation le 12 novembre 1962, en bon état général. Transit normal, aucun signe de récidive.

— Décédé le 24 décembre 1962 : cause inconnue (deux ans cinq mois).

• OBS. N° 16 : Qu... Pascal, 72 ans 8 mois

— *Début* en juillet 1960 :

Brûlures épigastriques avec vomissements.

Radios : niche rigide de la petite courbure. Traitement médical donnant une amélioration. Reprise des troubles en février 1961 avec syndrome de sténose. Amaigrissement de 20 kg.

— *Admis* le 4 avril 1961 :

Etat général moyen : 51 kg. Hépatomégalie. Clapotage à jeun.

Radios : lacune de l'antre avec défilé pylorique rigide.

Examens : urée, 0,55 ; glycémie, 1,05 ; protides, 55,5 (32-23,5) ; taux de prothrombine, 48 %. 3.860.000 G.R. 12.800 G.B. 89 % de polynucléaires. V.S. : 45-88. Ionogramme normal.

— *Intervention* le 5 avril 1961 (Docteur MARQUAND). Durée 3 h 30 :

Médiane sus-ombilicale avec résection de la xyphoïde. Volumineux cancer gastrique de l'angle de la petite courbure, étendu vers le pylore débordant sur les faces. Adhérence au mésocôlon transverse et à la tête du pancréas. Petits

ganglions coronaires stomachiques et méso-coliques transverses. Rien dans la chaîne hépatique.

Gastrectomie subtotale avec ablation d'une collerette de mésocôlon transverse, et clivage dans le pancréas au bistouri électrique.

Péan. Colectomie segmentaire au niveau de la zone dévascularisée (8 cm de transverse environ). Anus gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire.

— *Suites opératoires :*

Simples.

— Revient le 27 décembre 1961 pour fermeture d'anus. Bon état clinique à ce moment.

Apparition dans les suites d'une fistule persistante sans tendance à la régression. Récidive sous forme d'une masse de l'hypochondre gauche.

— Décès par cachexie progressive le 28 mars 1962 (neuf mois).

• OBS. N° 17 : Ca... Marie, 74 ans 7 mois

— *Début* en mars 1959 :

Amaigrissement. Quelques troubles gastriques (ballonnement, éructations).

En septembre 1959, douleurs épigastriques et masse perçue par la malade.

— *Admise* le 24 septembre 1959 :

Etat général moyen : 48 kg. Masse épigastrique et de l'hypochondre gauche, mobile, ayant fait envisager le diagnostic de schwannome.

Radios : lacune de toute la grande courbure.

Sur le lavement baryté : angle gauche et partie gauche du transverse refoulés.

Examens : urée, 0,35 ; glycémie, 1,26 ; protides, 78 ; taux de prothrombine, 100 %. 4.000.000 G.R. 3.760 G.B.

— *Intervention* le 6 octobre 1959 (Docteur Marquand). Durée 3 heures :

Médiane. Grosse tumeur s'étendant dans l'arrière-cavité des épiploons, recouverte par le mésocôlon transverse qui lui adhère. Pas d'importants ganglions coronaires.

Décollement colo-épiploïque droit. Ceci permet de constater que la face antérieure de la tumeur est entièrement adhérente au mésocôlon transverse, mais qu'elle est libre en arrière. La racine du méso est libre également sur deux travers de doigt

Section du méso de part et d'autre de la tumeur, à distance. Libération du duodénum. Ligature et section de la coronaire stomachique.

Section du côlon (de la partie moyenne du transverse à l'angle gauche exclu). Anastomose termino-terminale. Fermeture de la brèche.

Sections duodénale et gastrique. Péan.

Pièce : énorme tumeur gastrique (petit melon) du fond de l'estomac. Partie centrale excavée.

— *Histologie :*

Lésion maligne, sarcomateuse, peut-être lymphoïde, non précisable. Ganglions d'aspect douteux.

— *Suites opératoires :*

Simples.

Cobaltothérapie et chimiothérapie complémentaires.

Développement progressif d'une masse du flanc gauche adhérant à la peau. Ictère.

Décès le 20 mars 1960 (quatre mois et demi).

— *Autopsie :*

La masse est un gros abcès autour d'une déhiscence de l'anastomose colique.

Il existe une énorme masse très dure sur la paroi postérieure, englobant foie côlon, rate, diaphragme et le pédicule hépatique, entraînant une sténose biliaire.

• OBS. N° 18 : Fo... Fernand, 55 ans 3 mois

— *Début* en avril 1962 :

Douleurs pré-prandiales. Des radios auraient été négatives à cette époque.

En avril 1963, reprise des troubles, amaigrissement de 3 kg.

— *Admis* le 4 juillet 1963 :

Bon état général. Tumeur épigastrique, mobile, indolente.

Radio : rigidité de l'angle de la petite courbure, avec infiltration de l'antre et de la grande courbure.

Examens : urée, 0,40 ; glycémie, 1 ; taux de prothrombine, 72 %. 4.400.000 G.R. 6.000 G.B.

— *Intervention* le 10 juillet 1963 (Docteur Mouchet). Durée 3 heures :

Médiane sus-ombilicale. Très grosse tumeur antro-pylorique adhérant à la face antérieure du pancréas, à la rate et au mésocôlon transverse à droite de la mésentérique supérieure. Pas d'adénopathies perceptibles.

Amorce du décollement colo-épiploïque. Résection du côlon transverse et de l'angle droit.

Section du mésocôlon avec ligature des vaisseaux de l'angle droit. Clivage entre tumeur et face antérieure du pancréas. Libération et section de D_1. Fermeture par Mayo.

Ligature coronaire stomachique. Section gastrique.

Finsterer trans-méso-colique. Anus droit. Cette fixation à droite crée une longue brèche entre mésocôlon et paroi postérieure, que l'on obture en partie par quelques points.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique par endroits atypique. Ganglions sous-pyloriques douteux. Ganglions coronaires nègatifs.

— *Suites opératoires :*

Occlusion du grêle subaiguë. Réintervention le dixième jour. Engagement de la presque totalité du grêle dans la brèche méso-colique.

Aggravation progressive. Perturbations hydro-électrolytiques. Septicémie à germes gram négatif.

Décès le 23 août 1963 (quarante-quatre jours).

• OBS. N° 19 : Re... Benoit, 71 ans

— *Début* en novembre 1963 :

Douleurs épigastriques. Amaigrissement de 3 kg.

— *Admis* le 10 février 1964 :

Etat général médiocre : 54 kg. Examen négatif.

Radios : volumineuse lacune de la région angulaire et des faces.

Examens : urée, 0,35 ; glycémie, 0,95 ; protides, 53 (31-22) ; taux de prothrombine, 73 %. 3.400.000 G.R. 9.000 G.B.

— *Intervention* le 14 février 1964 (Docteur Guivarc'h). Durée 4 heures :

Médiane sus-ombilicale, volumineux cancer du corps collant à la partie moyenne du mésocôlon. Grosses adénopathies coronaires et gastro-épiploïques.

Gastrectomie des 3/4. Curage coronaire. Ganglions cœliaques d'aspect inflammatoire, impossibles à extirper.

Section duodénale. Section colique et méso-colique (quelques centimètres de côlon). Péan. Anastomose termino-terminale colique.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire par endroits atypique. Un ganglion coronaire envahi. Ganglions sous-pyloriques indemnes.

— *Suites opératoires :*

Simples.

— *Revu* en juillet 1966 :

Bon état général : 54 kg. Quelques troubles gastriques avec douleurs intermittentes et discret « dumping syndrome ».

Transit digestif fonctionnement et morphlogiquement normal.

Petite striction de la partie médiane du transverse.

• OBS. N° 20 : Bo... Marguerite, 70 ans 3 mois

— *Février 1951 :*

Syndrome ulcéreux isolé.

— *Admise* le 11 mai 1951 :

Bon état général. Examen négatif.

Radios : tumeur de la partie horizontale de la petite courbure avec défilé pylorique.

Examens : urée, 0,34 ; protides, 67. 4.200.000 G.R. 4.800 G.B.

— *Intervention* le 15 mai 1951 (Docteur Mouchet). Durée 3 h 30 :

Médiane sus-ombilicale, cancer mobile, infiltrant le mésocôlon avec un noyau induré adhérant sur le côlon transverse. Un ganglion à distance, puis de l'angle droit.

Section du transverse à droite et puis de l'angle gauche. Résection large du méso.

Libération de la tumeur qui adhère à la face antérieure et au bord inférieur du pancréas. Section du duodénum. Gastrectomie large laissant la calotte tubéro-sitaire. Polya deux plans. Anastomose latéro-latérale colique.

— *Suites opératoires :*

Phlébite, puis fistule colique. Tentative de fermeture.

Décès le 9 juillet 1951 (sept semaines).

• OBS. N° 21 : Ro... Pierre, 64 ans 3 mois

— *Août 1955 :*

Barre épigastrique. Nausées. Amaigrissement de 4 kg. Coronarite très minime.

— *Admis* le 14 octobre 1955 :

Etat général assez bon. Masse épigastrique gauche douloureuse et mobile.

Radios : lacune de l'antre. Sténose du transverse.

Examens : urée, 0,40 ; taux de prothrombine, 65 % ; protides, 71. 4.000.000 G.R. 11.000 G.B.

— *Intervention* le 15 novembre 1955 (Docteur Marquand). Durée 4 heures :

Trans-rectale gauche. Gros cancer de l'antre envahissant le côlon transverse, mais laissant libre la racine du mésocôlon.

Section première du côlon, puis du méso. Libération de la grande courbure et du duodénum. Section et fermeture duodénales. Section gastrique.

Polya pré-colique. Anastomose termino-terminale en deux plans du côlon.

Pièce : tumeur de la dimension d'une paume pénétrant dans le transverse où elle se développe sous forme d'une masse polylobée de la taille d'une orange.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique en partie colloïde. Envahissement ganglionnaire important, en particulier sous-pylorique.

— *Suites opératoires :*

Eviscération le dixième jour (sur abcès péri-colique). Anus gauche.

Réfection difficile de la paroi en un plan de fils de bronze.

Suppuration, puis amélioration progressive. Sort le 2 février 1956 en bon état général et local.

— *Réadmis* le 12 avril 1956 pour fermeture d'anus :

Le dixième jour, péritonite suraiguë avec altération très rapide de l'état général.

Intervention : volvulus du grêle sur bride avec deux perforations.

Décès le 7 mai 1956 dans un syndrome hémorragique non élucidé.

• OBS. N° 22 : Bu... Richard, 57 ans 6 mois

— *Début* en septembre 1956 :

Pesanteur, anorexie, amaigrissement.

En mai 1957 : vomissements le matin.

— *Admis* le 4 juillet 1957 :

Etat général médiocre. Masse épigastrique perceptible. Radios : lacune étendue de la petite courbure verticale et horizontale.

— *Intervention* le 12 juillet 1957 (Docteur Garcin). Durée 4 h 30 :

Médiane sus-ombilicale. Enorme tumeur de l'estomac, envahissement du ligament gastro-colique et du côlon transverse. Un gros ganglion à la partie basse de la chaîne coronaire. Pas d'adénopathie perceptible vers le haut.

Colectomie transverse, enlevant la partie moyenne du côlon et du mésocôlon jusqu'à la racine. Libération gastrique. Section et fermeture duodénale. Gastrectomie subtotale des 3/4. Polya pré-colique. Anus droit après décollement de l'angle gauche.

Pièce : énorme tumeur presque complètement nécrosée, envahissant la plus grande partie de la pièce gastrique et le côlon transverse. Etat de pré-perforation dans la lumière de celui-ci.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique. Le ganglion coronaire est envahi.

— *Suites opératoires :*

Phlébite. Sort le 19 août 1957.

— Fermeture d'anus le 2 octobre 1957. Suivie d'une fistule stercorale, tarie spontanément au bout d'un mois.

— En bonne santé apparente en novembre 1966, sans signes de récidive (neuf ans).

• OBS. N° 23 : Fr... Raymonde, 55 ans 5 mois

— *Début* en juin 1961 :

Crampes épigastriques, vomissements. Hospitalisée en province où l'on pratique des radios, sans décision d'intervention. Traitement « médical ».

— *Admise* en mars 1963 (après vingt et un mois) :

Cachexie : 28 kg. Masse de l'hypocondre gauche, mobile, douloureuse.

Radios : énorme tumeur sténosante médio-gastrique.

Examens (à l'arrivée) : urée, 0,20 ; glycémie, 0,65 ; V.S., 13-30 ; protides, 61-37/24. 3.250.000 G.R. 10.000 G.B. Na, 145 ; Cl, 100 ; K, 3,8 ; R.A., 47 vol.

— *Intervention* le 4 avril 1963 (Docteur Guivarc'h). Durée 4 heures :

Médiane sus-ombilicale. Volumineux cancer de l'estomac, avec grosse masse épiploïque collant à la partie gauche du transverse, à la paroi en avant où l'on doit disséquer dans le muscle grand droit. Adhérence à droite à la partie externe du foie gauche où il existe un nodule sans doute métastatique.

Gastrectomie presque totale emportant de plus la rate, la queue du pancréas, un court segment de côlon, une partie du lobe gauche. Curage splénique et coronaire stomachique.

Polya trans-méso-colique. Anus trans-rectal gauche.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire atypique en partie. Un nodule métastatique dans le foie et un dans le pancréas. Ganglions non envahis.

— *Suites opératoires :*

Phlébite. Puis abcès sous-phrénique (vingtième jour) avec fistule digestive.

La malade sort sur la demande de sa famille, en très mauvais état.

Elle est décédée en 1964 de métastases hépatiques.

• OBS. N° 24 : Go... André, 61 ans 9 mois

— *Début* en novembre 1963 :

Mélæna. En juin 1964 : pesanteurs, brûlures, nausées. Amaigrissement de 8 kg. Premières radios en juillet 1964. Lacune de la partie moyenne de l'estomac — probablement à point de départ antral.

— *Admis* le 10 juillet 1964 :

Etat général moyen. Examen négatif.

Examens : urée, 0,20 ; glycémie, 1,20 ; protides, 80 ; taux de prothrombine, 55 %. 4.350.000 G.R. 13.000 G.B.

— *Intervention* le 21 juillet 1964 (Docteur Guivarc'h). Durée 5 h 30 :

Médiane sus-ombilicale. Cancer étendu, sténosant, montant haut sur le corps de l'estomac, s'arrêtant au pylore, collant au méso et au côlon transverse. Deux ou trois ganglions dans le hile de la rate. Ganglions coronaires peu volumineux, mais adénopathies importantes dans le pédicule hépatique.

Décollement colo-épiploïque. Section première du transverse près des angles. Section du mésocôlon.

Décollement du mésogastre postérieur. Ligature du pédicule splénique après pancréatectomie caudale. Ligature coronaire à l'origine. La conservation du pôle supérieur de l'estomac paraît possible, face postérieure de la grosse tubérosité franchement accolée. Vitalité du moignon, paraissant satisfaisante après section très oblique de l'estomac.

Section du duodénum. Péan après décollement duodéno-pancréatique.

Anastomose colique termino-terminale.

Pièce : volumineux cancer ulcéré mais non perforé. La séreuse colique paraît envahie.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique en partie atypique, à tendance envahissante marquée. Envahissement de l'un des ganglions coronaires.

— *Suites opératoires :*

Fistule colique. On fait un anus sous-angulo-colique droit.

Sort en bon état le 3 septembre 1964.

— *Réadmis* le 29 janvier 1965 pour fermeture d'anus :

Pas de signes de récidive. Pas de métastases. L'état du côlon droit nécessite une hémicolectomie droite avec anastomose iléo-transverse gauche.

Le huitième jour, lâchage de suture avec péritonite. On fait une iléostomie terminale et une colostomie gauche. Mais il persiste une suppuration importante avec septicémie gram négatif secondaire entraînant le décès le 11 février 1965 (quatre mois).

• OBS. N° 25 : Di... Maurice, 45 ans 6 mois

— *Début* en mars 1954 par un syndrome douloureux de l'hypocondre droit avec fièvre.

— *Admis* le 17 avril 1954 :

Assez bon état général. Tumeur de l'hypocondre droit perceptible.

Radios : lacune et sténose du transverse droit, avec issue de la baryte dessinant une image oblongue sous-hépatique. Vésicule normale. Suspicion de perforation dans le mésentère ?

Examens : 4.520.000 G.R. 11.900 G.B. Protides : 72 %. V.S. : 35-65.

— *Intervention* le 28 juin 1954 (Docteur Mouchet). Durée 4 heures :

Barraya droit. Le cancer siège sur la partie droite du transverse et envahit l'estomac. Fistule gastro-colique palpable. Vésicule adhérant par son fond au bloc tumoral. Celui-ci colle à la face antérieure du pancréas et au troisième duodénum, à droite du pédicule mésentérique.

Hémicolectomie droite poussée jusqu'à la partie gauche du transverse. Libération de la vésicule dont le fond est laissé sur la pièce. Section du duodénum près du *genu superius*. Fermeture. Section de l'estomac. Section du grêle, puis du mésocôlon et du transverse.

Enfin libération de D_3 dont une pastille est laissée adhérente à la tumeur.

Polya. Anastomose iléo-transverse latéro-latérale.

— *Suites opératoires :*

Très simples.

— Le malade est décédé de cause inconnue le 14 août 1954.

• OBS. N° 26 : Me... Paul, 74 ans 11 mois

— *Début* en octobre 1957 :

Subocclusion chronique avec amaigrissement de 10 kg.

— *Admis* le 4 décembre 1957 :

Etat général médiocre. Examen négatif.

Radios : fistule gastro-colique.

Examens : urée, 0,45 ; glycémie, 0,94 ; protides, 68 ; taux de prothrombine, 100 %. 2.660.000 G.R. 8.000 G.B.

— *Intervention* le 11 décembre 1957 (Docteur MARQUAND). Durée 4 heures :

Médiane avec résection de la xyphoïde. Grosse masse colique avec envahissement gastrique large. Adhérences sur le diaphragme gauche en dehors.

Résection pariétale large entraînant une large ouverture de la plèvre. Suture pleuro-diaphragmatique par plusieurs points de lin.

Décollement du mésogastre postérieur. Libération de l'angle droit, puis du duodénum sectionné et fermé. Section droite du transverse. Libération de l'angle gauche. Section au niveau de la partie haute du côlon gauche. Section méso-colique.

Ligature des branches du tronc cœliaque à leur origine. Prélèvement de deux ganglions hépatiques. Section du pancréas. Libération et section de l'œsophage.

Anastomose sur anse en Y. Anus gauche.

Pièce : tumeur circulaire de l'angle gauche, perforée largement dans l'estomac : orifice de 5 cm. Large tumeur évasée autour de la perforation, de 10 cm environ.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire colloïde. Ganglions indemnes.

— *Suites opératoires :*

Abcès de paroi. Fistule pancréatique tarie spontanément.

Sort le 20 janvier 1958 en assez bon état général.

— Fermeture d'anus le 15 avril 1958. Pas de récidive. Suites simples.

— N'a pas été revu depuis 1958. A changé d'adresse et n'a pu être retrouvé.

• OBS. N° 27 : An... Pierre, 64 ans 9 mois

— *Début* en septembre 1962 :

Brûlures, éructations, vomissements. Deux épisodes diarrhéiques.

— *Admission* le 12 novembre 1962 :

Etat général médiocre. Examen négatif.

Radios pratiquées négatives. Décision de laparotomie exploratrice.

Examens : urée, 0,60 ; glycémie, 0.80 ; taux de prothrombine, 55 %. 4.000.000 G.R. 5.800 G.B. V.S. : 8-12.

— *Intervention* le 14 novembre 1962 (Docteur GARCIN). Durée 6 heures :

Médiane. Tumeur du côlon transverse post-angulaire droite collée sur le duodénum au niveau du *genu superius*. Section du ligament gastro-colique de gauche à droite. On s'aperçoit alors que le côlon est perforé dans le duodénum.

Section gastrique première. Décollement de D_1. Section très oblique au-delà de la gastro-duodénale. Fermeture par retournement de la face postérieure de D_1 libérée, mais bien vascularisée sur le *genu superius* et la partie supérieure de D_2.

Hémicolectomie droite et gastrectomie subtotale des 2/3.

Polya trans-méso-colique par une brèche spéciale ouverte à gauche.

Anastomose transverso-iléale latéro-latérale.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique.

— *Suites opératoires :*

Embolie pulmonaire.

Sort le 17 janvier 1963 en assez bon état général.

Décédé en janvier 1964 de récidive (quatorze mois).

• OBS. N° 28 : Si... Gino, 59 ans 5 mois

— *Début* en 1962 par des troubles multiples :

Altération de l'état général. Douleurs de l'hypocondre gauche, sourdes avec paroxysmes. Nausées, parfois vomissements d'allure fécaloïde. Alternative de diarrhée et de constipation. Des radios auraient été normales en juin 1963.

— En septembre 1964, diarrhée importante et rectorragies. Vomissements fréquents.

— *Admis* le 31 octobre 1964 :

Etat général médiocre. Examen clinique négatif. L'aspiration gastrique ramène un liquide fécaloïde. Lavement baryté : large fistule entre angle gauche et estomac.

Examens : urée, 0,35 ; glycémie, 1,15 ; protides, 69, mais rapport à 30/39 ; taux à 55 %. V.S. : 65-82. 3.200.000 G.R. 14.900 G.B.

— *Intervention* le 6 novembre 1964 (Docteur Mouchet). Durée non précisée :

Incision oblique prolongée secondairement sur le thorax avec résection de la huitième côte.

Très grosse tumeur de l'angle gauche formant bloc avec l'estomac, adhérant à la paroi latérale. Pas d'adénopathies cœliaques.

Décollement du côlon gauche avec résection pariétale large. Décollement du mésogastre postérieur. Section du transverse et du côlon gauche. Section du mésocôlon.

Libération et section du duodénum. Libération de la grande courbure, puis ligature de la coronaire. Section gastrique.

Anastomose. Polya. Anastomose colique termino-terminale.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire cylindrique. Pas d'envahissement pariétal. Envahissement du tissu pré-pancréatique.

— *Suites opératoires :*

Abcès sous-phrénique par fistule, tari par drainage aspiratif.

Sorti le 14 décembre 1964.

— Revu en novembre 1966. Discret dumping. Bon état général. Aucun signe de récidive. Radios normales.

• OBS. N° 29 : Sa... Lucienne, 56 ans

— *Antécédents :*

Cholécystostomie en février 1952. Persistance dans les suites d'alternances de diarrhée et de constipation.

— *En juillet 1953 :*

Fièvre à 40°. Douleurs de l'hypocondre gauche avec masse perceptible, diarrhée. Les radios montrent une lacune de l'angle gauche.

— *Admise* le 1er septembre 1953 :

Etat général médiocre.

Examens : urée, 0,35 ; glycémie, 0,96 ; protides, 87 ; taux de prothrombine, 50 %. 3.170.000 G.R. 3.500 G.B.

— *Intervention* le 11 septembre 1953 (Docteur MOUCHET). Durée 4 heures :

Barraya gauche. Tumeur très volumineuse, adhérant intérieurement à la rate, qui est volumineuse. Adhérence à la grande courbure gastrique et à la paroi antérieure qui est réséquée en médaillon.

Splénectomie difficile. Hémicolectomie gauche. Résection d'un segment de grande courbure. Suture en deux plans. Résection de la queue du pancréas. Section du mésocôlon. Section du côlon près de l'angle droit et au niveau du côlon iliaque.

Anastomose latéro-latérale en deux plans.

— *Histologie :*

Epithélioma cylindrique. Envahissement du tissu para-pancréatique.

— *Suites opératoires :*

Simples.

Hépatite sans doute post-transfusionnelle en février 1954.

— *Réadmise* en juin 1955 pour douleurs épigastriques, diarrhée (quatre selles par jour) et nausées.

Au lavement baryté : fistule massive colo-gastrique, avec rejet par vomissements de la baryte au lavement.

— Exploration le 13 juillet : bloc inextirpable. Iléo-sigmoïdostomie.

— Décès le 18 juillet 1955 (vingt-deux mois).

• OBS. N° 30 : Pe... André, 59 ans 10 mois

— *Début* en décembre 1960 par un syndrome douloureux de l'hypocondre gauche avec diarrhée. Le lavement baryté montre une sténose de la partie gauche du transverse.

— *Admis* le 2 janvier 1961 :

Etat général moyen. Masse palpable du flanc gauche.

— *Examens :*

Urée : 0,40. Glycémie : 1,10. Protides : 78. Taux de prothrombine : 100 %. 4.500.000 G.R. 11.000 G.B.

— *Intervention* le 11 janvier 1960 (Docteur MOUCHET). Durée 4 h 30 :

Barraya gauche. Très gros cancer du transverse, un peu à gauche de la ligne médiane. Il colle sans l'envahir apparemment à la grande courbure gastrique. On décide, après avoir décollé les deux angles coliques et ouvert l'arrière-cavité, de faire par prudence une gastro-colectomie en bloc.

Incision du mésocôlon transverse. Ligature de la colique supérieure gauche, de la veine mésentérique inférieure, du pédicule de l'angle droit. Gastrectomie. La zone d'estomac à réséquer est exclue par deux champs. Anastomose gastro-jéjunale.

Colectomie. Anastomose termino-terminale. La seule difficulté consiste à fermer l'énorme brèche créée par la résection méso-colique. On y parvient par points séparés, appliquant ce qui reste de mésocôlon sur le bord inférieur du pancréas, l'anse grêle anastomotique et la face antérieure de la tête du pancréas.

— *Suites opératoires :*

Très simples. Sorti le 28 janvier 1960.

— En bonne santé apparente en décembre 1966 (six ans dix mois).

OBSERVATIONS PRIVEES

• OBS. N° 31 : Po..., 62 ans

— Malade porteur d'une tuméfaction visible et palpable. Gastrectomie partielle antérieure pour ulcus ?

— *Intervention* le 10 octobre 1962 (Docteur MOUCHET) :

Voie abdomino-thoracique. Envahissement tumoral de la paroi et du mésocôlon. Totalisation simple de la gastrectomie. Résection en fin d'intervention du côlon ischémique. Anse en Y. Anastomose colique termino-terminale.

— *Suites opératoires :*

Fistulisation partielle colique le quatrième jour.

— Décédé de récidive le 11 juillet 1963 (dix mois).

• OBS. N° 32 : Mme Ma..., 49 ans

— Tumeur palpable d'origine antrale. Ethylisme probablement assez important.

— *Intervention* le 5 juillet 1960 :

Voie abdominale. Enorme tumeur adhérant au mésocôlon, mais non au côlon. Gastrectomie totale élargie et colectomie transverse monobloc.

Colostomie *in situ*.

— *Histologie :*

Epithélioma glandulaire et anaplasique.

— *Suites opératoires :*

Simples.

— Fermeture de la colostomie le 4 octobre 1960. Montre l'existence de granulations suspectes péritonéales.

Décès le 8 octobre 1960, dans un coma peut-être d'origine hépatique.

• **OBS. N° 33 :** Mme Co..., 65 ans

— Volumineux cancer de la grande courbure et du fundus.

— *Intervention* le 11 janvier 1963 :

Voie abdominale. Adhérence au mésocôlon jusqu'au bord colique. Gastrectomie subtotale type Péan et colectomie transverse monobloc avec anastomose colique d'emblée.

— *Suites opératoires :*

Simples.

— Revue fin 1965 avec des métastases cutanées vérifiées (presque trois ans après). Décédée en 1966.

• **OBS. N° 34 :** Mme Fr..., 67 ans

— Volumineuse tumeur palpable.

— *Intervention* le 29 décembre 1963 :

Voie abdominale. Grosse tumeur de la grande courbure avec large adhérence au mésocôlon. Pas d'adénopathies.

Gastrectomie type Polya, avec colectomie transverse et suture colique d'emblée.

— *Histologie :*

Lymphosarcome sans envahissement ganglionnaire.

— *Suites opératoires :*

Double fistule. Réintervention pour fermer la fistule gastro-jéjunale.

— Décédée de récidive (? probablement) le 10 janvier 1966 (deux ans).

• **OBS. N° 35 :** Ti... Lucienne, 78 ans

— Tumeur antrale visible et palpable.

— *Intervention* (janvier 1966) :

Voie abdominale. Volumineuse tumeur adhérant au mésocôlon.

— Gastrectomie des 4/5 avec Péan, colectomie transverse en bloc, avec colostomie.

— Décédée le huitième jour de troubles cardiaques non étiqués de façon précise (troubles du rythme).

CONCLUSIONS

Nous avons étudié 35 observations d'exérèse combinée gastro-colique, qui se répartissaient en 29 cancers de l'estomac et 6 cancers du côlon.

Il s'agissait de malades relativement jeunes, car plus du tiers (14 sur 35) avait moins de 60 ans. L'extension de leur tumeur était importante, sans qu'il y ait de contre-indications à l'exérèse au point de vue dissémination à distance.

Il a été pratiqué, dans tous les cas, une résection associée d'une partie ou de la totalité de l'estomac et d'un segment colique, souvent élargie à d'autres organes, en particulier le pancréas et la rate.

Il s'agissait évidemment toujours d'interventions importantes et la mortalité post-opératoire a été élevée, en moyenne de 26 %.

D'autre part, les récidives précoces ont été fréquentes, puisque la mortalité moyenne monte à plus de 50 % dans les six premiers mois (18 malades sur 35). Il faut cependant noter que tous les décès, sauf un, ont concerné des malades atteints de cancer gastrique, ce qui oppose assez nettement estomac et côlon.

Mais le point qui nous paraît le plus important est la survie actuelle de 5 malades, deux ans et plus après l'intervention, dont 1 depuis plus de sept ans, et un autre depuis plus de neuf ans.

Ces survies ont évidemment été obtenues au prix d'une très lourde mortalité. Elles ne représentent pour les malades qu'une chance paraissant minime et aléatoire. Nous estimons cependant qu'elle existe de façon indiscutable. Elle doit, en tout cas, faire réviser l'attitude négative à laquelle se heurtent encore des malades, qui pourraient parfois être guéris si l'on tentait au moins de les opérer. Ceci est d'autant plus important qu'il s'agit souvent, répétons-le, de sujets jeunes.

Il se pose, par ailleurs, des problèmes complexes de technique et de tactique opératoire. Nous pensons que ces interventions doivent être considérées comme radicales. Elles doivent donc comporter l'exérèse non seulement de la tumeur, mais aussi de l'ensemble des lymphatiques qui l'irriguent. C'est souvent le point le plus délicat à

résoudre, tant au point de vue théorique que pratique. Il entraîne en effet une extension de l'intervention qui dépasse largement l'estomac et le côlon.

Il ne s'agit plus alors de simples gastro-colectomies transverses, telles que les avaient décrites LEIBOVICI et YOVANOVITCH, mais plutôt de gastro-colectomies élargies, de modalités diverses, chacune ayant sa technique propre et ses indications.

Il faut pour les pratiquer en toute sécurité, un chirurgien ayant une grande expérience technique, une équipe bien entraînée et un équipement parfait.

Il serait évidemment souhaitable que tous les chirurgiens soient placés dans ces conditions idéales. Ce n'est malheureusement pas encore réalisé actuellement, pour de multiples raisons. On n'a pas plus le droit alors de s'obstiner à intervenir dans de mauvaises conditions, que d'abandonner un malade opérable. Il faut avoir l'honnêteté et le courage d'adresser un tel malade à ceux qui disposent des moyens techniques et matériels qui permettront, peut-être, de le guérir.

Vu, le Doyen :
BROUET

Vu, le Président de Thèse :
REDON

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons noté ici, avant 1938, que les articles fondamentaux de référence. On trouvera une bibliographie complète dans l'article de LEIBOVICI *et* YOVANOVITCH.

L'ordre adopté, par ailleurs, est chronologique et non alphabétique.

1907 (1). LACOSTE. — Contribution à l'étude des fistules gastro-jéjuno-coliques. (*Thèse,* Bordeaux.)

1913 (2). GOULLIOUD. — Résections simultanées de l'estomac et du côlon transverse. (*Lyon Chirurgical,* 9 : 473-489.)

1917 (3). CHAVANNAZ. — Fistules gastro-coliques. (*Revue de Gynéc. et Chir.,* 40 : 257.)

1925 (4). VERBRUGGE. — Fistules gastro-jéjuno-coliques. (*Ann. of Surg.,* 11 : 790.)

1927 (5). PLANES. — Contribution à l'étude des formes gastriques du cancer du côlon transverse. (*Thèse,* Lyon.)

1931 (6). GABRIDZHANIAN. — Fistules digestives par cancers. (*Vestnik. Klin.,* 70-71, 24 : 242.)

1938 (7). LEIBOVICI et YOVANOVITCH. — La gastro-colectomie transverse. (*Journ. Chir.,* 52 : 21.)

(8). LEIBOVICI et YOVANOVITCH. — Les cancers du côlon transverse (traitement chirurgical). (*Revue Chir.,* 171.)

1939 (9). PFEIFFER et KENT. — Colostomie préliminaire dans le traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques. (*Ann. of Surg.,* 110 : 659-666.)

1940 (10). BAKER. — Iléostomie préliminaire à la résection des fistules gastro-jéjuno-coliques. (*North. West. Med.,* 39 : 398-402.)

1941 (11). RITVO et MAC DONALD. — Douze cas de fistules G.J.C. (*Radiology,* 37 : 269.)

1942 (12). HEDIN. — Fistules gastro-jéjuno-coliques. (*Minnesota Med.,* 25 : 358-363.)

1944 (13). Linton. — Fistules duodéno-coliques. (*Arch. of Surg.*, 48 : 197-207.)

1945 (14). Ransom. — Fistules gastro-jéjuno-coliques. (*Surg.*, 18 : 177.)

(15). Marshall. — Plan de traitement des fistules G.J.C. (*Ann. of Surg.*, 121 : 620-638.)

1946 (16). Bornette (Mme). — Fistules gastro-coliques par cancer du côlon transverse. (*Thèse*, Paris, n° 404.)

1947 (17). Barber et Madden. — Traitement chirurgical des fistules G.J.C. (*Surg.*, 22 : 657.)

(18). Zanca. — Fistule G.J.C. compliquant un cancer du côlon. (*Radiol.*, 48 : 244.)

1948 (19). Vaysse. — Les cancers du côlon transverse. A propos de 39 observations. (*Thèse*, Paris, n° 514.)

1949 (20). Barraya, Miniconi et Tardy. — Gastrectomies totales avec résections étendues. (*Mém. Acad. Chir.*, 75, 34-35 : 829-836.)

(21). Birbis. — Le problème du cancer de l'estomac propagé au côlon transverse et à son méso. (*Rev. Chir.*, 68, 3-4 : 107-110 ; — *Rev. Chir.*, 68, 5-6 : 165-174.)

1951 (22). Barraya, Miniconi et Tardy. — Nouveaux cas de gastrectomies totales élargies. (*Mém. Acad. Chir.*, 77, 25-26 : 800-807.)

(23). Monges, Vernejoul, Léna, Depieds et Sicard. — Cancer gastrique avec fistule gastro-colique. (*Archives des Mal. App. Dig.*, 40-2 : 254-255.)

1952 (24). Bucaille. — Fistules duodéno-coliques. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 41 : 643.)

(25). Lortat-Jacob. — A propos des fistules duodéno-coliques. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 41 : 661.)

(26). Welti. — A propos des fistules duodéno-coliques. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 41 : 689-691.)

(27). Hillemand. — A propos des fistules duodéno-coliques. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 41 : 691.)

1953 (28). Schweitzer et Osborne. — Fistules gastro-coliques compliquant des cancers. (*Amer. Journal of Surg.*, 85 : 775.)

(29). Hepp. — Traitement des fistules gastro-jéjuno-coliques. (Cité par Bertrand, *Lyon Chir.*, 54 : 936 ; — *Rev. Chir.*)

(30). Prohaska, Govotis et Waugh. — Résection de plusieurs organes pour cancers avancés du côlon et du rectum. (*Surg. Gyn. Obst.*, 97 : 177.)

1954 (31). Delannoy, Gautier, Devambez et Toison. — Hémicolectomie droite élargie pour cancer du côlon droit. (*Lille Chir.*, 9 : 243.)

1955 (32). Phillips, Dockerty et Waugh. — Cancers de l'angle hépatique. (*Cancer*, Philadelphia, 8 : 151.)

(33). Roux et Carcassonne. — Cancers du côlon. (Paris, Masson édit.)

1956 (34). Bertrand et Gilbertas. — Cancers du côlon droit. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 45 : 298.)

(35). Prohaska, Nelsen et Evans. — Chirurgie radicale des cancers évolués des organes abdominaux. (*Arch. of Surg.*, 73 : 671.)

1957 (36). Clay et Ravith. — Traitement chirurgical des fistules G.C. dues au cancer du côlon. (*Arch. of Surg.*, 75-5 : 793-799.)

(37). Marshall et Kund-Hansen. — Fistules gastro-coliques et gastro-jéjuno-coliques. (*Ann. of Surg.*, 145 : 770.)

(38). Raffensberger, Sylvester et Ferguson. — Fistule duodéno-colique par cancer de l'angle hépatique. (*Arch. of Surg.*, Chicago, 74 : 333.)

1958 (39). Le Roy, Blanc et Cresson. — Deux cents interventions pour cancer de l'estomac. (*Mém. Acad. Chir.*, 84, 26-27 : 851-865.)

1959 (40). Genon-Catalot. — Cancers du côlon gauche. (*Thèse*, Paris.)

(41). Mouchet, Marquand, Genon-Catalot. — Chirurgie du cancer du côlon gauche. (*Ann. de Chir.*, 13, 21-22 : 1285-1293.)

(42). Mouchet, Marquand, Camey, Garcin et Chatignoux. — Cancers de l'estomac opérés. (*Mém. Acad. Chir.*, 85, 32 : 839-852.)

1960 (43). Barrier. — Cancers antro-pyloriques. (*Mém. Acad. Chir.*, 86 : 842-849.)

(44). Gallagher. — L'hémicolectomie droite élargie. (*Brit. Journ. of Surg.*, 47 : 616-621.)

(45). Welti. — Chirurgie du côlon. (*Monographies*, Paris, Masson édit.)

1961 (46). Ponka et Rice. — Fistules gastro-coliques secondaires à un cancer de l'estomac. (*Ann. Journ. of Surg.*, 102-4 : 596-601.)

(47). Bertrand et Francillon. — Fistules duodéno-coliques par cancers du côlon droit. (*Lyon Chir.*, 54 : 936-941.)

1962 (48). Humm. — Cancers du côlon droit. (*Thèse*, Paris.)

(49). Hollender et Adloff. — Colectomie élargie pour cancer de l'angle splénique. Présenté par Welti. (*Mém. Acad. Chir.*, 88, 4-5 : 171-175.)

(50). Lortat-Jacob, Cachera, Maillard, Richard et Fékété. — Traitement chirurgical du cancer gastrique. (*Ann. Chir.*, 16, 13-14 : 999-1015.)

(51). Rosi, Cahill et Cahey. — Hémicolectomie dans les cancers du côlon gauche. (*Surg. Gyn. Obst.*, 114-1 : 15-24.)

1963 (52). Delannoy. — Pronostic et traitement des cancers du côlon gauche. (*Revue Prat.*, 13-2 : 195-205.)

1963 (53). Loygue. — Evolution, traitement et pronostic des cancers du côlon droit. (*Revue Prat.*, 13-2 : 184-192.)

1964 (54). Amlicke et Ponka. — Fistules gastro-coliques et G.J.C. (*Am. Journ. of Surg.*, 107 : 744.)

(55). Peycelon, Jegou, Delore et Bernex. — Hémicolectomies droites. (*Lyon Chir.*, 60-2 : 197-207.)

(56). Loygue. — Traitement des cancers du côlon. (*Journ. Chir.*, 87-4 : 499-508.)

1965 (57). Carpanelli, Velasco et Ramirez. — Tumeurs du côlon transverse propagées et fistulisées à l'estomac. (*Prensa Med. Arg.*, 52-36 : 2274-2276.)

1966 (58). Brinn. — Cancers du côlon transverse avec fistule gastro-colique. (*J. Mount Sinaï Hosp.*, 33-1 : 100-102.)

(59). Fagarasanu et Grigorescu. — Opérations complexes pour cancer du côlon (présenté par Lortat-Jacob). (*Mém. Acad. Chir.*, 92, 14-15 : 401-404.)

(60). Lataste et Bismuth. — Les gastrectomies dans le cancer gastrique. (*E.M.C.*, « Techniques chirurgicales, App. Dig. », T2, 40-335.)

(61). Mouchet et Neveux. — Les colectomies. (*E.M.C.*, « Techniques chirurgicales, App. Dig. », T2, 40-555 à 40-585.)

Imprimerie R. Foulon & Cie, 29, rue Deparcieux, Paris XIV^e^